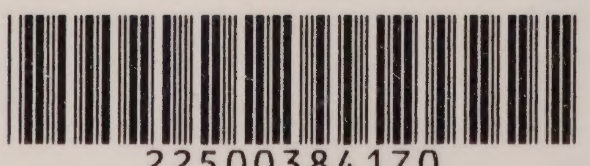









BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION



CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

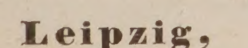
DDr. **Althaus** (London), Professor **M. Bernhardt** (Berlin), **Buch** (Helsingfors), **Dehn** (Hamburg), Professor **Dománsky** (Krakau), **Eickholt** (Grafenberg), **Engelhorn** (Maulbronn), **Goldstein** (Aachen), **Halbey** (Bendorf), **Hauptmann** (Gleiwitz), **Hintze** (St. Petersburg), **Karrer** (Erlangen), **Kron** (Berlin), **Krueg** (Ober-Döbling bei Wien), **Landsberg** (Ostrowo), **Langreuter** (Dalldorf), **Matusch** (Dalldorf), **Möbius** (Leipzig), **Fr. Müller** (Graz), **Neuendorf** (Sonnenstein), **Nieden** (Bochum), Professor **Obersteiner** (Wien), **Pierson** (Dresden), **Pollák** (Grosswardein), **Rabow** (Berlin), **Reinhard** (Hamburg), **Rohden** (Oeynhausen), **Rosenbach** (Breslau), **Schulz** (Braunschweig), **Sury-Bienz** (Basel), **Voigt** (Oeynhausen), **Wähner** (Creuzburg), u. A.

herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Koblenz.

V. Jahrgang. 1882.



Leipzig,

Commissions-Verlag von Georg Böhme.

Verzeichniss der Originalien.

Ein genaues Inhaltsverzeichniss der 654 Referate findet sich am Ende des Bandes.

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig,

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. Januar 1882. Nro. 1.

INHALT.

I. Originalien.

Ueber die primären chronischen Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates.

Von Dr. PAUL JULIUS MÖBIUS in Leipzig.

Die nachfolgende Skizze, welche der Kürze halber in dogmatischer Form abgefasst ist, glaube ich den Fachgenossen vorlegen zu sollen, weil der in ihr ausgesprochene Gedankengang meines Wissens bisher noch nicht im Zusammenhange dargelegt worden ist. Sollte derselbe richtig sein, so würden manche Widersprüche der bisherigen Auffassungen gelöst erscheinen. —

Die mit den Namen: progressive Muskelatrophie, hereditäre Atrophie, Pseudohypertrophia musc., progressive amyotrophische Bulbärparalyse, amyotrophische Lateralsclerose, bezeichneten Krankheiten bilden eine nosologische Gruppe, deren Glieder gemeinsame anatomische und klinische Merkmale tragen und durch Uebergangsformen aufs Engste verknüpft sind. Sie sind sämmtlich primäre chronische Erkrankungen

des motorischen Bewegungsapparates (der Grosshirnrinden-Muskelbahn, des directen cortico-muskulären Leitungssystemes (Flechsig), des neuro-muskulären Apparates), sie sind Systemerkrankungen in dem jetzt allgemein acceptirten Sinne des Wortes und unterscheiden sich unter einander dadurch, dass bei den verschiedenen Erkrankungsformen verschieden grosse Abschnitte des motorischen Hauptsystems erkrankt sind.

Der willkürliche Bewegungsapparat setzt sich zusammen aus:

a) Den intracerebralen Pyramidenbahnen d. h. den Centralwindungen und dem lobulus paracentralis, der unterliegenden weissen Hirnsubstanz bez. dem zur motorischen Zone gehörigen Theil des Stabkranzes, einem bestimmten Abschnitt der capsula interna, des Hirnschenkelfusses und der vorderen Brückenabtheilung.

b) den Pyramiden der Oblongata und den Pyramidenbahnen des Rückenmarkes,

c) den Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarkes und homologer Theile der Oblongata,

d) den vorderen Wurzelfasern und motorischen Nerven,

e) den willkürlichen Muskeln.

Das System kann in seiner ganzen Länge oder nur theilweise erkranken. Am häufigsten ist nur ein Theil derselben erkrankt. Ausnahmslos findet man die Muskeln, d. h. einen verschieden grossen Abschnitt der willkürlichen Muskulatur, krank. Man kann daher sagen, dass nur nach oben hin die Grenze der Läsion variabel sei, ohne doch damit über die zeitliche Ausdehnung des Processes etwas auszusagen.

Sind nur die Muskeln erkrankt, so entsteht die einfache progr. Muskelatrophie. Es handelt sich hier zunächst um die Fälle prog. M., bei welchen das Nervensystem intact gefunden wurde (Friedreich, Lichtheim u. A.). Der einfachen prog. M. anatomisch gleichwerthig ist die hereditäre Atrophie, resp. die Pseudohypertrophia musc. (Duchenne-Charcot u. A.)

Klinisch gleichwerthig sind den eben genannten Formen die Fälle wo die Nerven an der Degeneration der Muskeln mehr oder weniger theilnehmen. Doch bieten dieselben z. Th. (Cruveilhier u. A.) Anlass zu kritischen Bedenken.

Völlig unbestritten ist die Erkrankungsform, bei welcher die Muskeln, die Nerven und die Vorderhörner der grauen Substanz degenerirt sind. In ihr sieht man jetzt den Typus der progressiven Muskelatrophie (Luys, Charcot, Hayem u. A.)

Dieser steht als anatomisch gleichwerthig, nur durch die Localisation verschieden zur Seite die progressive Bulbärparalyse (vergl. Kussmaul).

Eine seltenere und theoretisch wichtige Nebenform stellen die Fälle dar, wo die Muskeln und die spinalen Vorderhörner erkrankt, die Nerven aber gesund oder doch durchaus nicht proportional den beiden andern Gliedern des Systems afficirt sind (Erb und Schultze).

Der Process aber kann ausser den schon genannten Abschnitten

auch die Pyramidenbahnen ergreifen. Die Erkrankung derselben entspricht im Rückenmark in der Regel nach Intensität und Ausdehnung der Erkrankung der grauen Substanz, greift aber meist über das Rückenmark hinaus und erstreckt sich auf einen mehr oder minder grossen Abschnitt der intracerebralen Pyramidenbahnen.

Am häufigsten endet die Erkrankung nach oben zu in der Brücke. In einigen Beobachtungen wurde auch der äussere Abschnitt des mittleren Drittels des Hirnschenkelfusses degenerirt gefunden. Ueber die innere Kapsel schweigen alle Beobachtungen. In einem Falle jedoch (Kahler u. Pick) waren auch die Centralwindungen atrophisch (makroskopische Untersuchung); es war also hier offenbar das gesammte System der Pyramidenbahnen erkrankt.

Die Erkrankung der Pyramidenbahnen wird angetroffen: bei progressiver Muskelatrophie (Baudrimont, Duménil u. A.), wozu jedoch ein Fragezeichen zu machen ist, bei progr. Muskelatrophie mit spastischen Phänomenen (Moeli), bei der progressiven amyotrophischen Bulbärparalyse (Leyden), bei der amyotrophischen Lateralsclerose (Charcot u. A.). Der anatomische Unterschied zwischen amyotroph. Bulbärparalyse und Lateralsclerose, wenn unter letzterer das Charcot'sche Krankheitsbild verstanden wird, ist demnach kein durchgreifender, bei jener tritt gelegentlich Degeneration der Pyramidenbahnen ein, bei dieser constant. Wie es kommt, dass das eine Mal die Seitenstrangdegeneration zu spastischen Phänomenen führt, das andere Mal nicht, mag zunächst dahingestellt bleiben.

Fassen wir das bisher Gesagte zusammen, so ergiebt sich uns folgendes Schema.

Die *progressive Muskelatrophie* zerfällt in folgende Formen:

1) *atonische progressive Muskelatrophie.*

a) *einfache oder periphere Form der pr. M.:* Degeneration der Muskeln, ev. der Nerven.

α) *einfache pr. M. der Erwachsenen;* Beisp.: Fall Lichtheim (Arch. für Psych. etc. VIII. S. 521. 1878).

β) *hereditäre pr. M. mit oder ohne Lipomatose*; Beispiel: für jene: Fall Duchenne-Charcot (Arch. de phys. etc. 1871—72. S. 228), für diese: Fall I. Friedreich (Ueber progr. Muskelatrophie, Berlin 1873.).

b) *centrale Form der atonischen pr. M*: Degeneration der Muskeln, der Nerven, der vorderen grauen Substanz (ev. der Pyramidenbahnen).

α) *spinale Form;* Beisp.: Fälle von Luys, Charcot, Hayem u. A. (hiezu Nebenform mit Intactbleiben der Nerven; Beisp.: Fall Erb-Schultze (Archiv für Psych. etc. IX. S. 396. 1879.)

β) *bulbäre Form;* Beisp.: Fall Pitres et Sabourin (Arch. de phys. etc. 1879. 5. u. 6. S. 723).

γ) *bulbospinale Form;* Beisp.: *ohne* Degeneration der Pyramidenbahnen, Fälle von Charcot (Arch. de physiol. etc. 1870. S. 217) und Duval et Raymond (ibid. 1879.

S. 369.) — mit Degeneration der Pyramidenb. Fälle Leydens (Arch. für Psych. etc. VIII. S. 641. 1878).

2) *Spastische progressive Muskelatrophie*: Degeneration der Muskeln, Nerven, der vorderen grauen Substanz und der Pyramidenbahnen.

a) *spinale Form;* Beisp.: Fall Moeli (Archiv für Psych. etc. X. S. 718. 1880.) (Als amyotroph. Lateralsclerose aufgeführt.)

b) *bulbospinale Form;* Beisp.: die Fälle Charcot's, Kahler's u. Pick's, Adamkiewicz's u. A. (Alias: amyotrophische Lateralsclerose.)

(Dieses Schema leidet an dem Mangel, dass der Eintheilungsgrund kein rein anatomischer ist. Er kann es vorderhand nicht sein, weil der anatomische Befund zur Trennung der Bulbärparalyse mit Muskelatrophie und dem Krankheitsbild der Lateralsclerose nicht ausreicht.)

In obigem Schema sind alle bis jetzt bekannten Systemerkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates befasst. Die sog. Poliomyelitis (spinale Kinderlähmung und atrophische Lähmung der Erwachsenen) gehört nicht zu ihnen, sie ist aus sowohl anatomischen als speziell klinischen Gründen auszuscheiden.

Von primären Degenerationen, welche sich auf die cerebralen oder spinalen Bahnen beschränkten, ist nichts bekannt. Insbesondere ist die von einigen Autoren postulirte primäre symmetrische Seitenstrangsclerose ohne Erkrankung der grauen Substanz bisher nicht nachgewiesen worden. Ihre Existenz kann auch nicht warhrscheinlich genannt werden, da sie dem Principe widersprechen würde, nach welchem bei den primären Erkrankungen des motorischen Systemes der unterste Abschnitt, die Muskeln, stets erkrankt gefunden wird und der Prozess sich von unten nach oben hin ausbreitet (anatomisch, nicht im Sinne der Bewegung), ein Princip, welches sich klinisch formuliren lässt als: keine Lähmung ohne Atrophie. Denkbar wäre, dass gewisse chronische Affectionen der Gelenke in Beziehung zu den hier besprochenen Erkrankungen ständen. Indessen sind die Beziehungen des Skeletes zu dem Nervensystem noch so dunkel, dass bis jetzt nur vage Vermuthungen aufzustellen möglich ist. Ich möchte hier an den von Sänger beschriebenen Fall (Arch. für Psych. etc. XII. 2. 1881) erinnern.

Die primären chronischen Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates (oder die progressive Muskelatrophie im weiteren Sinne) unterscheiden sich *anatomisch* durch die Grenze ihrer Ausbreitung, nicht durch die Qualität des pathologischen Processes, noch durch die Art seiner Ausbreitung.

Es handelt sich stets um *degenerative Atrophie*, um diejenige Art der Erkrankung, welche von den Franzosen als chronische parenchymatöse Entzündung, oder Sklerose bezeichnet wird.

In den Muskeln ist der wesentliche Befund Schwund und Verkleinerung der Muskelfasern, dieselben werden, ohne ihre Querstreifung

zu verlieren, dünner und kleiner, dabei fehlen jedoch nie ganz anderweite Veränderungen, Kernwucherung, Verlust der Querstreifung und fettige Trübung oder Zerfall in Schollen, Verdickung der Gefässe und Zunahme des Bindegewebes. Endlich kann sich zu allen Formen der Muskelatrophie Lipomatose gesellen (Pseudohypertrophia musc., Lipomatose der Zunge bei Bulbäratrophie, Fall Barth).

Im Nervensystem findet man Verkleinerung, Zerfall, Schwund der nervösen Gebilde, daneben mehr oder weniger ausgesprochene Vermehrung und Verdichtung des interstitiellen Gewebes, welche bald ganz fehlen, bald bis zur wirklichen Sklerose fortschreiten.

Das allgemeine Resultat der neueren Beobachtungen ist die einstimmige Bestätigung des Satzes, dass die Läsion bei der Lateralsklerose, der Bulbärparalyse und der progr. Muskelatrophie gleichartiger Natur ist, dass die vorkommenden Verschiedenheiten Variationen nicht getrennter Arten darstellen. Insbesondere wird immer zweifelloser, dass die von einigen Autoren versuchte Trennung zwischen einfacher Atrophie, fettiger Atrophie und Sclerose willkürlich ist. Charakteristisch ist in dieser Hinsicht ein Befund von Duval und Raymond, sie fanden am unteren Facialiskern sklerotische Atrophie, am Hypoglossuskern Schwund der Ganglienzellen ohne jede Sklerose. Wovon die Verschiedenheiten abhängen, ist nicht immer zu sagen. Vielleicht bestehen in den einzelnen Abschnitten des motorischen Systems besondere Prädispositionen, wahrscheinlich ist Dauer und Intensität des Processes von Einfluss, möglicherweise stellen sich Differenzen heraus, je nach dem Orte, an welchem der Process einsetzt.

Auf dem Querschnitt des Nervensystems beschränkt sich der Process auf bestimmte Felder und erlangt eben dadurch seinen systematischen Character. Es ist jedoch bekannt, dass bei den sog. Systemerkrankungen die Beschränkung der Erkrankung auf einzelne Leitungssysteme keine strenge ist, dass auch Fasern erkrankt gefunden werden, welche anderen Systemen angehören, sei es dass der Process sich per contiguitatem oder auf andere Weise auf sie fortgesetzt hat. Im Allgemeinen bestätigen in dieser Hinsicht die neueren Beobachtungen durchaus die von Flechsig bei Besprechung der amyotrophischen Lateralsklerose aufgestellten Ansichten und es scheinen die letzteren überhaupt auf die primären chronischen Erkrankungen der Grosshirnrindenmuskelbahn Anwendung zu finden. Danach bleibt es zweifelhaft, ob es unter diesen Erkrankungen im strengsten Sinne systematische giebt. *In der Regel liegen Mischformen systematischer und asystematischer Degeneration vor.*

Wesentlich ist, dass die Läsionen *symmetrische* sind. Auch bei der einfachen progr. Muskelatrophie werden fast immer die correspondirenden Muskeln beider Körperseiten befallen, wenn auch nicht immer gleichzeitig und gleich stark. Je höher der Process hinauf greift, um so strenger scheint die Symmetrie eingehalten zu werden, obwohl auch bei den centralen Formen ein mehr oder minder starkes Ueberwiegen der einen Seite über die andere statthaben kann.

Diese allen Formen der progr. Muskelatrophie eigenthümlichen

und gemeinsamen anatomischen Charaktere trennen diese Krankheitsgruppe von anderen etwa mit ihr zu verwechselnden Affectionen, insbesondere von der mit ihr vielfach zusammengeworfenen Poliomyelitis. Bei dieser handelt es sich eben, nach dem Zeugniss der meisten Autoren, um eine mehr oder minder acute Myelitis mit den der diffusen Rückenmarksentzündung auch sonst zukommenden Eigenthümlichkeiten.

Klinisch stimmen die in Rede stehenden Erkrankungen zunächst darin überein, dass sie sich auf die motorische Sphäre beschränken. Der Intellect, die Sinne bleiben intact, es fehlen sensible oder trophische Störungen der Haut. In den seltenen Fällen, wo es doch zu dergleichen Erscheinungen (leichte Anästhesie, Herpesbläschen, Verbildungen der Nägel etc.) kommt, liegen eben Ausnahmen vor, deren Erklärung in dem gelegentlichen Uebergreifen des Processes auf nicht zum System gehörende Fasern zu suchen ist. Die sensiblen Störungen, welche bei der progr. Muskelatrophie mit einiger Regelmässigkeit beobachtet werden, gehen von den Muskeln aus und sind entweder ziehende Schmerzen, Empfindlichkeit gegen Druck, welche wohl auf die die Atrophie begleitenden entzündlichen Erscheinungen bezogen werden dürfen; oder schmerzhafte Empfindungen, welche von Spasmus abhängen.

Ferner fehlen Störungen der vegetativen Organe, speziell der Blase und des Mastdarms.

Positiv stimmen alle Formen der progr. Muskelatrophie in 3 Cardinalpunkten überein: 1) *dass das dominirende Symptom die Muskelatrophie* ist, 2) *dass die electrische Reaction bei allen dieselbe* ist, 3) *dass der Verlauf ein progressiver ist.*

Das Verhältniss der Atrophie zur Functionsstörung ist bei der gewöhnlichen progr. Muskelatrophie am einfachsten. Mit der Verbreitung und dem Grade der Atrophie hält hier im Allgemeinen die Functionsstörung gleichen Schritt. Eine eigentliche Lähmung besteht nicht, sondern so lange noch Reste von Muskelsubstanz vorhanden sind, bleibt auch ein Rest von Motilität. Dies ist die Regel, doch kann die Lähmung auch grösser sein als es der Atrophie entspricht. Schon Aran beobachtete, dass zuweilen die Schwäche einzelner Muskeln nahezu plötzlich auftritt; später bestätigte dies Leyden. Charcot erwähnt, dass eine von der Atrophie unabhängige Lähmung vorkomme und bemerkt, dass schon Roberts, Duménil und Benedikt auf diese schwer verständliche Thatsache aufmerksam gemacht haben.

Sehr viel häufiger ist das Ueberwiegen der Lähmung über die Atrophie bei der progr. Bulbärparalyse. Duchenne hatte bekanntlich behauptet, diese Krankheit sei eine Lähmung ohne Atrophie. Indessen haben alle neueren Untersuchungen ergeben, dass die erkrankten Muskeln mehr oder weniger atrophisch sind und es ist deshalb Duchenne's Ansicht allgemein verlassen worden. Besteht aber auch von vornherein und durchgängig Atrophie, so ist sie doch oft der hochgradigen Functionsstörung nicht proportional. Wir finden bei der Bulbärparalyse Lähmung und Atrophie derart vereint, dass nicht etwa die eine der andern vorausgeht, sondern beide neben einander sich entwickeln, die eine aber die andere überholt.

Das Verhalten der Muskeln bei der amyotroph. Lateralsklerose scheint bald dem bei der progr. Muskelatrophie, bald dem bei der Bulbärparalyse zu gleichen. Charcot hat behauptet, bei der Lateralsklerose ginge die Lähmung der Atrophie voraus. Geht man aber die einzelnen Beobachtungen durch, so findet man keinen Beweis für diese Behauptung. Die ersten Stadien der Krankheit, welche zur Entscheidung der Frage am geeignetsten wären, entzogen sich ohne Ausnahme der ärztlichen Beobachtung. Bei der ersten Untersuchung fand man stets beträchtliche Atrophie. Charcot selbst sagt: „in den ersten Zeiten handelt es sich einfach um eine Abschwächung der motorischen Kraft; hat aber diese Erscheinung die Aufmerksamkeit des Patienten erst einmal ernstlich wachgerufen, so sind die Muskeln der ergriffenen Gliedmaassen in der Regel schon ziemlich erheblich abgemagert“. Dies gilt von den Armen, für die Beine ist es nach Charcot zweifellos, dass die Lähmung zuerst ohne Atrophie besteht. Charcot bezieht sich bei diesem Ausspruch auf die Beobachtungen Leyden's in welchen „eine auffallende Kraftlosigkeit der Beine ohne nennenswerthe Atrophie“ notirt wird. Darauf ist zu erwidern, dass eine mässige Atrophie der Beinmuskeln in vivo schwer nachzuweisen ist, dass übrigens das Verhalten der Beine bei der gewöhnlichen progr. Muskelatrophie sehr oft ganz dasselbe ist (vgl. z. B. den Fall Erb-Schultze), endlich dass, wie Moeli treffend hervorhebt, die Schwäche der Beine abhängen kann von der Atrophie der Rücken- und Beckenmuskeln. In letzterem Umstande scheint die Erklärung nicht nur für jene auffallende Kraftlosigkeit der Beine, sondern für viele scheinbare Lähmungen bei Muskelatrophie zu liegen. Wenn ein Muskel ausfällt, so werden nicht nur die von ihm direct ausgeführten Bewegungen mehr oder minder unmöglich, sondern auch andere, an denen er nur mitbetheiligt ist, und nur eine genaue Analyse der Functionsstörung entdeckt dann die secundäre Natur der Lähmung. In Charcot's eigenen Fällen aber handelte es sich um eine Bewegungshinderung der Beine durch spastische Phänomene, als welche für sich zu betrachten sind. Nach alledem kann man behaupten, dass *eine schlaffe Lähmung ohne Atrophie auch bei der amyotroph. Lateralsklerose niemals nachgewiesen worden ist.* Wenn aber hie und da die Lähmung grösser ist, als die Atrophie zu sein scheint, so kann darin für diejenigen, welche die progr. Muskelatrophie und die Bulbärparalyse für dieselbe Krankheit mit verschiedener Lokalisation halten, kein Grund liegen, die amyotr. Lateralsklerose von der progr. Muskelatrophie loszureissen. Ueberall kommt neben primärer Atrophie selbständige Lähmung vor, ihr Mehr oder Minder kann keinen durchgreifenden Unterschied bedingen.

Zu der Atrophie kann Spasmus hinzutreten. Die spastischen Phänomene können im Krankheitsbilde eine sehr untergeordnete Rolle spielen: Steigerung der sog. Sehnenreflexe, besonders Auftreten des Fussphänomens, leichte Muskelzuckungen (Pick, Moeli u. a.), oder die atrophischen Muskeln werden deutlich rigide, die Glieder zeigen flexibilitas cerea, die Motilität leidet durch den Spasmus mehr oder weniger oder endlich es kommt zu wirklichen Contracturen und der Spas-

mus beherrscht, wenigstens zeitweise, die Situation (Pick und Kahler, Adamkiewicz, Debove et Gombault).

Auch bei der gewöhnlichen progr. Muskelatrophie kommen hie und da spast. Phänomene, unwillkürliche Muskelzuckungen, schmerzhafte Wadenkrämpfe etc., vor. Ob denselben eine Abweichung des anatomischen Bildes entspricht, bleibe dahin gestellt. In den Fällen, wo ausgebreitetere spast. Phänomene auftraten, ergab die Section Degeneration der Pyramidenbahnen. Die Majorität der Autoren bezieht daher jene auf diese. Wenn nun auch in der Mehrzahl der Fälle mit Degeneration der Pyramidenbahnen während des Lebens die spastischen Phänomene nicht gefehlt hatten, gibt es doch auch Fälle, wo trotz jener Degeneration, durchaus keine Spasmen aufgetreten waren (Leyden, Shaw). Es entsteht daher die Frage wie kommt es, dass die Seitenstrangdegeneration nicht regelmässig zu deutlichem Spasmus führt? Kahler und Pick haben die Antwort gegeben, dass, je nachdem der Process in den Seitensträngen beginnt und danach die graue Substanz erkrankt oder umgekehrt, spastische Contracturen auftreten oder nicht. Es liesse sich auch denken, dass die verschiedene Intensität des Processes von Einfluss wäre. Nach Charcots Auffassung ist die spastische Contractur keine Function des Pyramidenbündels. Vielmehr bewirkt nur dessen Degeneration eine Irritation der grauen Substanz, von welcher die Steigerung der Reflexerregbarkeit, resp. die (reflectorische) Contractur direct abhängt. „Die permanente Contractur, wenn sie sich gleich an die primäre Sklerose des Pyramidenbündels relativ häufig anschliesst, ist doch keineswegs ein nothwendiges pathognomonisches Symptom dieser Affection. Wenn es also im Allgemeinen zwar die Regel sein wird, dass sich Sklerose des Pyramidenbündels mit Contractur vergesellschaftet, so kann man doch auch Sklerose ohne Contractur zu constatiren haben“.

(Mit dieser Auffassung Charcot's vertragen sich die thatsächlichen Verhältnisse sehr wohl, während die neuerdings von Adamkiewicz ausgesprochene Ansicht, welche ähnlich wie dies früher H. Jackson von Kleinhirnbahnen behauptete, die tonisirenden Hinterstränge für die bei Degeneration der Pyramidenbahnen auftretenden spastischen Phänomene verantwortlich machen will, für die Fälle von Lateralsklerose mit keinen oder sehr geringen spastischen Phänomenen keine Erklärung bietet.)

Das Hauptsymptom nun, *die Atrophie, hat überall dieselben Charactere:* unter fibrillären Zuckungen nimmt allmählich der Muskel an Umfang ab, wird dünner und dünner, bis er ganz geschwunden zu sein scheint, der Schwund befällt das Glied nicht in toto, sondern einzelne Muskeln, ja Muskeltheile, oder Muskelgruppen und wenn er sich auch je nach Intensität früher oder später auf alle Muskeln eines Gliedes ausdehnen kann, so geschieht die Ausbreitung doch schrittweise und in der Regel nicht per contiguitatem, sondern durch Auswahl bestimmter, oft functionell gleichwerthiger Muskeln.

Den Beweis, dass bei allen Formen der prog. Muskelatrophie der Charakter der Atrophie derselbe ist, liefert in unwiderleglicher Weise die elektrische Reaction. Bei der gewöhnlichen progr. Muskelatrophie,

bei der Pseudohypertrophie, bei der Bulbärparalyse, bei der amyotroph. Lateralsklerose, *bei allen bleibt die faradische Erregbarkeit der kranken Muskeln erhalten* und wird nur in dem Maasse geringer als der Querschnitt des Muskels sich durch die Atrophie verkleinert.

(Nur Adamkiewicz hat bei seiner Kranken einige Muskeln entdeckt, welche wohl auf den galvan. Strom in normaler Weise, aber nicht gegen den Inductionsstrom reagirten („isogalvanische Reaction"). Gegenüber der überwältigenden Zahl der Fälle mit normaler farad. Reaction, kann diese Beobachtung die Regel nicht umstossen und muss vor der Hand als Curiosität betrachtet werden.)

Auch gegen den galvanischen Strom ist das Verhalten der primär atrophischen Muskeln in der Regel normal, doch ist neuerdings nachgewiesen worden, dass qualitative Aenderungen der galvanischen Muskelerregbarkeit vorkommen und zwar wieder in gleicher Weise bei allen Formen der progr. Atrophie. Erb wies dies zuerst für die progr. Muskelatrophie nach, dann für die Bulbärparalyse. Pick und Adamkiewicz haben ähnliches bei der Lateralsklerose beboachtet.

Die Erregbarkeit der Nerven gegen beide Stromesarten scheint immer normal gefunden worden zu sein. Speziell bei der Lateralsklerose constatirte dies O. Berger.

Alle Formen der progr. Muskelatrophie kennzeichnen sich weiter durch ihren *progressiven Verlauf* d. h. sie schreiten unaufhörlich bis zum Tode des kranken Individuums fort. Schleichend tritt die Krankheit heran, bald rascher bald langsamer breitet sie sich aus, hie und da scheint sie still zu stehen, doch bald nimmt sie ihren Gang wieder auf und tödtet schliesslich das Individuum durch die Zerstörung lebenswichtiger Organe, wenn dasselbe nicht schon vorher der Erschöpfung oder einer intercurrenten Krankheit erlegen ist. Nur unwesentlich können diesem gemeinsamen Hauptzug gegenüber die Unterschiede erscheinen, welche die einzelnen Formen trennen. Bekanntlich verläuft in der Regel die gewöhnliche progr. Muskelatrophie sehr langsam, sie kann 10—20 Jahre brauchen; dem gegenüber erscheinen die Bulbärparalyse und die Lateralsklerose als kurze Krankheiten, da ihnen gewöhnlich 1—3 Jahre genügen. Es giebt jedoch einerseits Fälle von gewöhnl. progr. Muskelatrophie, welche in wenigen Jahren verlaufen, andererseits solche der anderen Formen, welche die ihnen nach den Lehrbüchern zukommende Verlaufszeit weit überschreiten (Leyden). Dass die den Bulbus betheiligenden Degenerationen meist rasch verlaufen, hängt wohl z. Th. von der physiologischen Dignität der im Bulbus vertretenen Apparate ab, doch scheint in diesen Fällen das Tempo des Processes selbst ein lebhafteres zu sein. Vielleicht kann man im Allgemeinen sagen, je weiter sich der Process centralwärts erstreckt, um so intensiver und rapider ist er. Der Fall von Kahler und Pick z. B. zeichnete sich nicht nur durch Betheiligung der Gehirnbahnen, sondern auch durch überaus raschen Ablauf aus. Hingegen die einfache progr. Muskelatrophie (z. B. Fall Lichtheim) und die Pseudohypertrophie haben einen eminent chronischen Verlauf.

Der Charakter der Atrophie und des Verlaufes trennen die verschiedenen Formen der progr. Muskelatrophie klinisch von ähnlichen Krank-

heiten. Sie trennen sie von der Poliomyelitis. Bei dieser handelt es sich um atrophische Lähmung, die Atrophie tritt erst ein nachdem die Lähmung vollständig vorhanden ist und ändert nichts Wesentliches mehr an dem Krankheitsbilde; bei dieser erlischt die faradische Erregbarkeit der Muskeln, ihr ist die volle Entartungsreaction characteristisch; bei ihr unterscheidet man ein stadium invasionis und eine Akme, hat sie in jenem nicht getödtet, so bleibt sie stationär oder heilt aus. Sie trennen speziell die amyotrophische Lateralsklerose von der chronischen Myelitis des Cervicaltheiles. Auch bei letzterer Krankheit muss es zu atrophischer Lähmung und Entartungsreaction kommen, abgesehen davon dass bei ihr die Affection der Beine reine spastische Lähmung ohne Atrophie darstellt.

Endlich ist charakteristisch für die progr. Muskelatrophie im weiteren Sinne die *Ausbreitungsweise des Processes*, welche theils aus der verschiedenen Intensität der anatomischen Läsion an verschiedenen Stellen, theils aus den klinischen Erscheinungen erschlossen werden kann.

Unter der Ausbreitungsweise des Processes kann man sowohl verstehen die Ordnung, in welcher die verschiedenen Glieder des Systems erkranken, als die Ordnung, in welcher die homologen Systeme erkranken.

Was zunächst den letzteren Punkt angeht, so ist bekannt, dass sowohl bei der gewöhnl. progr. Muskelatrophie als bei der amyotroph. Lateralsklerose die Erkrankung in der Regel ihren Ausgang vom Gebiet der oberen Extremitäten nimmt und dann nach oben wie nach unten steigt, dass sie aber auch an den unteren Extremitäten beginnen kann. Ferner ist bekannt dass sich die bülbären Symptome zu denen des Spinalgebietes gesellen können und umgekehrt. Mit diesen klinischen Erfahrungen stimmen die anatomischen überein, in der Regel ist die Degeneration im Halsmark am intensivsten, sie kann aber auch im Bulbus stärker sein.

Es ist demnach keine bestimmte Folge in der Erkrankung der homologen Systeme zu erkennen, weder erkranken regelmässig die obersten zuerst noch steigt der Process stets abwärts, sondern er kann sich sowohl von den oberen auf die unteren als umgekehrt verbreiten.

Es fragt sich weiter welchen Gang nimmt der Process im Systeme?

Derselbe könnte ein aufsteigender oder absteigender sein, oder es könnten die verschiedenen Theile gleichzeitig erkranken. Am verbreitesten ist die Ansicht von der absteigenden Natur des Processes; in Erinnerung an die Beobachtungen Waller's und Türk's und nach Analogie der spinalen Kinderlähmung haben die Autoren, welche die spinale Natur der progr. Muskelatrophie darthaten, gemeint, die Erkrankung der Vorderhörner, des trophischen Centrums, als primäre ansehen zu sollen, an welche sich dann die secundäre Nervenmuskeldegeneration anschlösse. Dieser Auffassung scheinen die klinischen Thatsachen zu widersprechen. Wenn wirklich die Muskelerkrankung eine secundäre Degeneration wäre, so müsste man erwarten, dass das Krankheitsbild dem der Poliomyelitis entspräche. Die Ei-

genthümlichkeit des Muskelschwundes, die elektrische Reaction, das Fehlen einer der Atrophie vorausgehenden Lähmung, Erscheinungen, welche der spinalen Muskelatrophie in gleicher Weise eigen sind wie der einfachen Muskelatrophie und beide in Gegensatz bringen gegen die Poliomyelitis, dürften zur Genüge beweisen, dass es sich bei der progr. Muskelatrophie nicht um einen im Sinne secundärer Degeneration absteigenden Process handelt. Da für ein Aufsteigen des Processes keine stichhaltigen Gründe beigebracht werden können, erscheint es am natürlichsten anzunehmen, dass bei den primären Erkrankungen des neuromuskulären Apparates die erkrankten Abschnitte in toto degeneriren, *dass die einzelnen Theile des Systems in gleichwerthiger Weise erkranken.*

Wie bei der spinalen progr. Muskelatrophie die Degeneration der Nerven und Muskeln secundär der primären Erkrankung der Vorderhornzellen folgen sollte, so wollen die französischen Autoren bei der amyotrophischen Lateralsklerose der primären Erkrankung der Seitenstränge die secundäre Erkrankung der grauen Substanz folgen lassen, sodass also bei dieser Krankheit eine deuteropathische spinale Muskelatrophie vorläge. Wurde dort die Theorie nach dem Muster der spinalen Kinderlähmung zugeschnitten, so gab hier die secundäre absteigende Degeneration der Seitenstränge mit ihrem gelegentlichen Uebergreifen auf die Vorderhörner das Vorbild. Gegen diese Auffassung müssen dieselben klinischen Gründe wie oben angeführt werden, für die Fälle, auf welche Leyden's Schilderung passt, wäre überdem der Mangel jedes auf die primäre Erkrankung der Seitenstränge deutenden Symptoms einzuwerfen. Nichts destoweniger könnte man für die Fälle mit Contracturen die Erklärung Kahlers und Pick's, dass nämlich hier die Seitenstrangdegeneration der Erkrankung des übrigen Systems zeitlich vorausgehe, gelten lassen, nur nicht in dem Sinne, dass sie deshalb primär sei und die letztere bewirke. Wenn auch der Process in jedem Abschnitt des Systems primär auftritt, so könnten doch die einzelnen Theile zeitlich getrennt erkranken.

Auch kann der Gedanke nicht schlechtweg abgewiesen werden, dass, wie zu der Erkrankung systemweise verbundener Elemente ein Uebergreifen auf benachbarte Bahnen ohne Rücksicht auf ihre systematische Stellung sich gesellt, so hie und da zu der primären Degeneration bestimmter Elemente eine secundäre Degeneration sich gesellen möchte. Erkranken zuerst in toto die Muskeln, Nerven, Ganglienzellen und Pyramidenfasern der Arme, so könnte bei grösserer Intensität des Processes derselbe im Halsmark auf die benachbarten, für die Beine bestimmten Pyramidenfasern gelegentlich übergreifen und in ihnen eine absteigende Degeneration bewirken. So liesse sich vielleicht die zuweilen beobachtete, der Atrophie vorauseilende spastische Lähmung der Beine erklären.

II. Referate.

1) A. Forel (Zürich): Einige hirn-anatomische Untersuchungen. (Vortr. geh. auf d. Salzburger Naturf.-Vers. Allg. Wien. medicin. Z. 1881. 46.)

1) Einem neugebornen Kaninchen wurde das *rechte* untere Zweihügelganglion grösstentheils exstirpirt, die *rechte* Hälfte des Marksegels mit den n. trochleares (dem r. vor, dem l. nach der Kreuzung), der *rechte* Bindearm und die *rechte* sog. absteigende Quintuswurzel Meynert's mit weggeschnitten. (Hiebei wurde ein kleiner Theil des rechten Brückenarmes wider Willen beschädigt.)

Dieser Eingriff blieb ohne sichtliche unmittelbare wie spätere Folgewirkungen — besonders trat *keine* Ophthalmie ein.

Befund des nach 10 Wochen getödteten Thieres:

a. Der vollständigen Durchschneidung des *rechten* Bindearmes entsprechend, die Atrophie seiner Fasern bis zur Kreuzungsstelle, und eine partielle, aber bedeutende Atrophie und Reduction der grossen Zellen des *linken* rothen Kernes der Haube in seinem unteren (caudalen) Theile.

Kleinhirnwärts lässt sich der atroph. Bindearm mit den ihn bedeckenden Marksegelfasern durch die innere Abtheilung des Kleinhirnstieles (Meynert's), die selbst intact ist, bis ganz nach unten verfolgen. Die rechte Wurmhälfte kolossal atrophisch — die rechte Kleinhirnhemisphäre etwas verkleinert. Dachkern — nucleus dentatus corp. restif. normal. —

b Die partielle Exstirpation des Zweihügelganglions setzte rückenmarkwärts eine Verminderung der Mächtigkeit der lateralen Schleifenfaserung, doch kaum bis zur Höhe des n. facialis verfolgbar.

Obere Schleife wie corp. genicul. intern. — oberer Zweihügel — n. optici, und acustici, auch ihre Kerne vollständig intakt.

c. Die Durchschneidung der absteigenden Quintuswurzel hatte ein vollständiges Verschwinden aller ihrer Fasern und Zellen gehirnwärts zur Folge — während die sog. Meynert'schen Quintusstränge der Haube durchwegs erhalten sind.

Die Quintusbedeutung letzterer kann daher (entgegen Meynert und Wernicke) so ziemlich sicher ausgeschlossen werden. Die absteigende Wurzel kann nicht trophisch (Merkl) sein, es fehlte ja jede Spur von Ophthalmie — sie ist auch nicht sensibel (Meynert und Wernicke) — denn ein anderes Kaninchen bot nach fast totaler Zerstörung der sensiblen (aufsteigenden) und bei völliger Integrität der abst. W. einen nahezu totalen Ausfall der Sensibilität im ganzen Quintusgebiete.

2) Verf. bestätigt an Carmin und Osmiumpraeparaten von secundär atrophischen und normalen Lobi optici einseitig enucleirter Tauben die schon von v. Gudden und Mayser gemachte Beobachtung, dass die sensiblen Nervenkerne im Gegensatz zu den motorischen nur partiell atrophiren, die zelligen Elemente aber in absolut reducirter Zahl erhalten sind.

F. theilt schliesslich den Gehirn-Befund:

3) eines von Onufrowicz secirten Idioten mit. Microcephalie und gänzlicher Mangel des Balkens — den eine dünne, bindegewebige Membran ersetzt. Aeusserlich nichts vom fornix sichtbar. Auf Schnitten zeigt sich: die Querfasern fehlen total, die Längsfasern hingegen in zwei Hälften getrennt, die sich dicht einem mächtigen, deutlich abgegrenzt erscheinenden rundlichen Längsfaserbündel des Hemisphärenmarkes anlehnen und auf das Innigste zugesellen, das direct von der Stirnhirnspitze zum Occipitallappen verläuft, in dessen Längsfaserzüge es übergeht. Beim normalen Gehirn ist dieses Bündel von der Balkenfaserung derart durchsetzt, dass es nicht unterschieden werden kann — wesswegen die erwähnten Längsfaserzüge des Lob. occip. als einfache Balkenfortsetzungen imponiren.

Müller (Graz).

---

2) **Sciamanno**: Sopra un caso di emiplegia diretta. (Ein Fall von ungekreuzter Hemiplegie.) (Arch. di psichiatr., scienze penali et antropol. crimin. vol. II. fasc. III.)

Wenn auch Fälle von directer Hemiplegie in nicht ganz unbedeutender Anzahl bekannt geworden sind, so liessen sie sich doch immerhin dem jetzt am meisten geschätzten Kreuzungsschema von Flechsig anpassen, wenn angenommen wurde, dass in diesen Ausnahmsfällen die ungekreuzte Fortsetzung der Pyramidenbahnen in das Rückenmark abnorm stark entwickelt sei.

Für den gegenwärtigen Fall trifft diese Erklärung aber nicht zu, und der gesammte anatomische Befund entspricht sowenig als möglich unseren jetzigen Anschaungen von dem Verlaufe der cortico-musculären Bahnen (vorausgesetzt, dass wir es mit einer richtigen Beobachtung zu thun haben).

Von der recht guten und genauen Krankengeschichte genüge es mitzutheilen, dass der Kranke vor 14 Jahren einen apoplectiformen Anfall erlitten hat, und seitdem an der *rechten* Körperseite gelähmt war; die gelähmten Glieder zeigten auch einen leichten Grad von Rigidität.

Bei der Obduction fand sich neben Atrophie der hintern Centralwindung *rechterseits*, auch eine erbsengrosse apoplectische Narbe in der vorderen Hälfte des hinteren Schenkels der innern Kapsel (ebenfalls *rechts*).

Ausserdem aber bestand secundäre Atrophie im *linken* Hirnschenkel, der *linken* Pyramide, und dem *rechten* Seitenstrange. Vollkommen unaufgeklärt, und fast auch unerklärlich muss es erscheinen, wie es möglich ist, dass bei Läsion der rechten inneren Kapsel der rechte Hirnschenkelfuss von der secundären Degeneration frei bleiben, der anderseitige aber davon ergriffen werden konnte. — Warum Sc. dieser Frage nicht näher nachging wäre kaum einzusehen, wenn er nicht die eingehendere Untersuchung des Präparates von anderer Seite in Aussicht stellte. Obersteiner (Wien).

---

3) **Macleod** (Carlisle): Leftsided convulsions followed by paralyses. Local cerebral softening on post mortem examination (Linkseitige Convulsionen mit nachfolgender Lähmung. Erweichungsherd des Gehirns).
(The Lancet 1881, 17. IX.)

Die in der Ueberschrift genannten Erscheinungen waren bei einer 73jährigen an Altersblödsinn leidenden Patientin gegen Ende des Lebens beobachtet worden. Patientin war auch mehrere Monate vor ihrem Tode allmählich erblindet. Die Erweichung betraf den linken Gyrus angularis, hintern Theil des Gyrus supramarginalis, einen kleinen Theil des Parietallappens gerade vor dem Sulcus parieto-occipitalis, den obern Rand der ersten Temporalwindung und einen umschriebenen Theil der zweiten Occiptalwindung. Verf. macht besonders auf die Erblindung bei Erweichung des Gyrus angularis aufmerksam. Durch einen Druck- oder Schreibfehler ist man aber im Ungewissen, ob die rechte oder linke Hemisphäre ergriffen war, da es einmal „right“ das anderemal „left“ heisst. Karrer (Erlangen).

---

4) **M'Call Anderson** (Glasgow): On a case of cerebral disease. (Fall von Hirrnerkrankungen.) (Edingb. med. Journ. 1881 Septbr.)

Der Patient, ein 34jähriger Candidat der Theologie, welcher am 4. Juni 1881 aufgenommen war, litt seit 3 Jahren an Strabismus convergens links, der plötzlich auftretend rasch einen hohen Grad erreichte, in den letzten 4—5 Monaten jedoch wieder geringer geworden war. Bald darnach hatte er eine Zeitlang Gedankenverwirrung bei leichtem Hinterkopfschmerz, worauf einige Monate darnach Schlafsucht sich einstellte und bis zu ziemlich tiefem Stupor sich steigerte. Auch hierin war in der letzten Zeit beträchtliche Besserung eingetreten. Verdauungstörungen mit zeitweiligem Erbrechen gesellten sich dann hinzu, später Gehstörungen und Neigung zu fallen, insbesondere nach rückwärts; zeitweise kamen auch Anfälle von abundantem Speichelfluss. Parese der Gesichtsmuskeln rechts, Dysphagie leichteren Grades, Lähmung des linken Accessorius waren ausserdem vorhanden. Eine Neuritis optica wurde durch die Untersuchung ausgeschlossen.

Patient verfiel rasch und starb am 17. Juni.

Die Section ergab einen grossen Tumor auf dem Boden des IV. Ventrikels. Der Tumor grenzte sich macroscopisch nicht von der Nervensubstanz ab. Microscopisch zeigte er die Structur einesGlioms.
Karrer (Erlangen).

---

5) **Berger** (Breslau): I. Ueber Pseudo-Tabes. — II. Zur Nervendehnung bei Tabes dorsalis. — III. Ueber den Achillessehnenreflex bei Ischias. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881. 22.)

Im Anschluss an den Fall von Elias (siehe Ref. in Nr. 23 d. Bl. vom vorigen Jahre) äussert sich Verf. in längerer Rede über die in der Ueberschrift genannten Themen. Es sind indessen hier nur die Mittheilungen referirbar, welche sich auf die thatsächlichen Erfahrungen des Verf. selbst beziehen; seine Kritik fremder Fälle entzieht sich einer Wiedergabe an dieser Stelle.

I. In Bezug auf die durch eine Nervendehnung angeblich geheilten Fälle hebt Verf. hervor, dass er schon seit längerer Zeit in seinen Vorlesungen über die Krankheiten des R. M. im Anschluss an die Tabes eine spinale Affection ausführlich zu beschreiben pflege, die er als „*Pseudo-Tabes*“ bezeichnet. Es handelt sich hier um eine Erkrankung, welche die Mehrzahl der für die echte Tabes characteristischen Symptome — *auch das Verschwinden des Patellarreflexes* — mit dieser gemein hat, so dass die Differentialdiagnose unter Umständen äusserst schwierig ist. Sie ist nicht ohne Weiteres mit den bisher als *acute Ataxie* beschriebenen Fällen zu indentificiren, obwohl ein Theil der Fälle sich durch eine acute oder subacute Entwicklung von dem gewöhnlichen Verhalten bei der Hinterstrangsclerose auszeichnet. Allein einerseits kann auch diese in auffallend acuter Weise zum Ausbruch kommen, und andererseits stehen auch Beobachtungen zur Verfügung, wo die *Pseudo-Tabes* in chronischer Weise zur Entwicklung gelangte. Unter seinen seit 13 Jahren gesammelten Fällen von Tabes dors. finden sich 9 Fälle, die dem Verf. bis vor wenigen Jahren immer als echte Tabes imponirt haben, die sich aber von der grossen Zahl der übrigen Fälle dadurch abheben, dass sie *sämmtlich dauernd geheilt wurden* — ohne Nervendehnung. Eine genaue Analyse und vergleichende Zusammenstellung dieser Fälle ergab eine auffallende Uebereinstimmung derselben in verschiedenen Einzelheiten und gewisse semiotische Differenzen von der überwiegenden Mehrzahl der ungeheilt Gebliebenen. In einem Falle ergab auch die Obduction einer an Lungenphtise verstorbenen Kranken ein normales Verhalten des R. M. — wobei aber Verf. nicht angibt, ob die Kranke als *geheilte* oder *noch ungeheilte* „*Pseudo-Tabikerin*“ gestorben ist. Im ersteren Falle hätte ja unter Umständen der normale R.-M.-Befund nichts Auffälliges.

Verf. glaubt, dass es eine Form *spinaler Ataxie* gibt, welcher keine gröbere anatomische Läsion zu Grunde liegt und die demgemäss einer vollständigen Heilung zugänglich ist, und bei welcher eine *wirkliche Heilung durch die Nervendehnung nicht Wunder nehmen darf.* Diese nennt er *Pseudo-Tabes.*

Referent ist der Ansicht, dass diese Pseudo-Tabes mit der scrupulösesten Vorsicht aufzunehmen, wenn nicht sogar besser zurückzuweisen ist, ebenso wie die Pseudo-Paralyse (der Irren) und andere Pseudo-Krankheiten. Wenn anatomisch begründete, klinisch wohl fixirte Krankheitsbilder in ihrem diagnostischen Begriff durch unerwartete Heilresultate erschüttert werden dürfen, dann geht die Logik der Forschung in die Brüche. Die pathologische Definition des acuten Gelenkrheumatismus ist dieselbe geblieben nach der Entdeckung der wunderbaren Heilwirkung der Salicylpräparate auf diese Krankheit, und wenn die nie rastende therapeutische Forschung einst lehren sollte, Lungenschwindsucht und maligne Geschwülste zu heilen, so wird eine „Pseudo-Phthysis“ und ein „Pseudo-Carcinom“ keine Existenzberechtigung haben. — Ganz anders liegt die Sache, wenn für 2 Krankheitsbilder, die sich *scheinbar* klinisch decken, die Anatomie zwei differente Befunde nachweist; dann gilt es die Creirung eines neuen Begriffes, nachdem die *scheinbare* klinische Idendität durch sorgsame Beobachtung als irrthümlich erwiesen ist. Dieser Fall liegt aber bei der Berger'schen Pseudo-Tabes nicht vor.

II. Ein von dem Verf. am 16. Juni 1881 doppelseitig gedehnter Fall von Tabes verlief mit tödtlichem Ausgang (18. Juli). Die wenige Stunden nach dem Tode ausgeführte Section (Prof. Marchand) ergab eine weit vorgeschrittene *graue Degeneration der Hinterstränge.* Die beiden Ischiadici waren an der Stelle der Dehnung noch in grosser Ausdehnung frei gelegt, der rechte viel weiter als der linke. Die Nerven selbst mit Granulationen bedeckt. In der Umgebung des rechten Ischiadicus, zwischen den Muskeln, eine schon umfangreiche jauchige Abscesshöle, die Venen z. Th. thrombosirt. Dura spin. ohne Veränderung; Pia und Arachnoidea nicht verdickt ungetrübt. Am R.-M. keine frischen Veränderungen, auch nicht am obern Theil der Nerven. Die frische mikroscop. Untersuchung der vorderen Abschnitte des Lendenmarks, sowohl der weissen als der grauen Substanz, ergab weder an den Nervenfasern und Ganglienzellen noch an der Neuroglia in den Gefässen irgend welche histologische Veränderung.

III. Verf. macht die Mittheilung, dass bei einfacher Ischias der Achillexsehnenreflex an dem kranken Beine verschwinden und mit der Heilung wieder zurückkehren könne. Hiezu bemerkt Ref., dass der Patellarsehnenreflex sich gerade umgekehrt verhält. Er ist in der Mehrzahl der Fälle einfacher, einseitiger Ischias an dem kranken Beine gesteigert — oft sehr erheblich — und kehrt mit Heilung der Neuralgie (Galvanisation) wieder zur Norm zurück. Mitunter sinkt er dann noch für einige Zeit unter die Norm. Es scheint also auch die Zusammenstellung dieser beiden, von einander ganz unabhängig angestellten Beobachtungen für ein *antagonistisches* Verhalten gewisser Nervenphänomene an der Streck- und Beugeseite des Beines zu sprechen. Erlenmeyer.

---

6) **R. v. Rzehaczek** (Graz): Beiträge zur operativen Behandlung der Intercostal-Neuralgien. (Allgem. Wiener med. Z. 1881, 43. 44.)

v. R.'s Fall betrifft einen 29jährigen Mann, der das ausgesprochene Bild von Tabes initialis darbietet (vor circa 4 Jahren nachweisbarer Beginn der Krankheit), in welchem ausser schweren Cardialgien, namentlich eine Intercostal-Neuralgie („Constrictionsschmerz") von unsagbarer Intensität in der Höhe des 7., 8. und 9. Zwischenrippenraumes das hervorstechendste Symptom ist. Die Schmerzen kommen anfallsweise bei Tag wie bei Nacht, am häufigsten am frühen Morgen und dauern oft den ganzen Tag über. Im Momente des Anfalles springt P. aus dem Bette — rennt durch's Zimmer und schlägt sich dabei fortwährend mit der linken Faust gegen die Rückseite des Thorax oder stösst diese gegen die Thürpfosten oder eine Kastenecke; dann wirft er sich, zitternd am ganzen Leibe, wieder in's Bett — streckt die Beine an der Wand empor oder fasst sie, gegen die Decke des Zimmers gerichtet zwischen die zitternden Hände; — er stöhnt, heult und winselt, bis nach wiederholten Morphin-Injectionen endlich Nachlass eintritt. Alle angewandten Mittel waren vollkommen erfolglos, desshalb machte Verf. die Dehnung der Intercostal-Nerven in der Gegend der Axillarlinie im Intercostalraum.

Jeder frei präparirter Nerv wurde durch eine untergeschobene Faden-Schlinge aus der Wunde hervorgehoben und mit den Fingern sowohl durch centripetalen als centrifugalen, kräftigen Zug, als auch durch Bildung einer Schlinge, die ungefähr 3 cm. hoch über das Niveau der Hautwunde gebildet wurde, durch je 3 Minuten energisch gedehnt. Operation streng antiseptisch ohne Narkose. Die Wunde heilte fast ohne Spur von Eiterung — von Seite der Pleura nie die geringste Erscheinung.

Bis gegen Mitte August kamen abwechselnd mässige Schmerzanfälle, der erste schon in der Nacht post operationem — dann folgte eine mehrtägige vollständige Pause. Hierauf bekam P. wieder starke Anfälle, bei denen er sich ähnlich geberdete, wie vor der Operation. v. R. machte am 22. August, da P. seine gegenwärtigen Schmerzen tiefer gegen den Nabel nach abwärts gelegen angab, auch noch die Dehnung des 10. und 11. Intercostal-Nerven, und zwar in der ganz gleichen Weise wie das erste Mal, nur wurden die Schnitte wegen der Enge der I. C. Räume in der Axillargegend weiter nach vorne, ungefähr in die Mitte zwischen Axillar- und Mamillarlinie verlegt.

Der therapeutische Erfolg war auch diesmal nur halb zufriedenstellend. — Obgleich die Anfälle an Intensität verloren hatten, kehrten sie doch nach längeren und kürzeren Pausen wieder.

Verf. empfiehlt die von ihm angegebene Stelle als die vom anatomisch und technisch operativen Standpunkt aus geeignetste zur Vornahme der Dehnung der Intercostal-Nerven.

Müller (Graz).

---

7) **S. Valerian:** Verletzungen durch Blitzschlag. (Allg. W. med. Z. 1881. 46.)

Infanterist Metzl wurde am 2. September 1881 während eines Gewitters um 5 Uhr früh als Wachposten vom Blitze getroffen, der am Laufe des „Bei Fuss!" gehaltenen Gewehres einschlug, das Gewehrschloss und den Kolben zertrümmerte und das ganze Oberleder des linken Schuhes unter heftiger Detonation vom Fusse wegriss, wodurch eine 4 cm. lange mit zackigen geschwärzten Rändern versehene Risswunde an der Fusssohle gesetzt wurde. Am Fussrücken war eine Brandblase. Augenblicklich sensible Paraplegie und Schwäche in den Füssen (soll wohl Beinen heissen Ref.), welch' letztere nach $1/_2$ Stunde schwand und einer hochgradigen Hyperalgesie und Hyperaesthesie Platz machte. Beide unteren Extremitäten namentlich die linke wurden von äusserst heftigen Schmerzen befallen — auf die leisesten Berührungen erfolgten die intensivsten Reflexzuckungen — ob auch spontane Muskelzuckungen vorhanden waren, ist aus der Krankenskizze nicht ersichtlich.

Die inneren Organe zeigten nichts Abnormes — Puls und Temperatur waren normal. ($6^1/_2$ Uhr früh constatirt).

Auf Morphin-Injectionen hörten die Zuckungen nach zwei Tagen vollständig auf. Auch die Schmerzen verschwanden — wenigstens wird die Angabe gemacht, dass P. am 25. Sept., nachdem sich die Wunde vollkommen geschlossen, geheilt entlassen wurde. — Es ist nur zu bedauern, dass der Fall so fragmentarisch und lückenhaft mitgetheilt ist. Ref.

Müller (Graz).

---

8) **Sturges:** The heart symptoms of chorea. (Herzerscheinungen bei Chorea.) (Brain. XIV. pg. 164—198.)

St. verspricht zunächst zu prüfen, ob die bestehenden Hypothesen über die Herzgeräusche bei Chorea der Natur dieser Geräusche entsprechen, und dann darzulegen, welche Hypothese seiner Ansicht nach vorzuziehen ist. Er verfügt bei seiner Untersuchung über ein Material von 346 theils eigenen, theils fremden Beobachtungen und trennt sofort davon diejenigen, bei denen Rheumatismus oder Anämie constatirt war, um die von diesen etwa herrührenden Geräusche möglichst auszuschliessen. Aus dieser Zusammenstellung gelangt er zunächst zu folgenden Schlüssen:

1) Bei Kindern wird während der Chorea die Herzaktion leicht unregelmässig oder ungleichmässig, und nach dem ersten Ton ist an der Spitze oft ein Geräusch wahrnehmbar, das in seiner Stärke wechselt und hierbei durch die Stellung des Kranken beeinflusst wird. Es wird selten auch in der Axillarlinie oder am Schulterblattwinkel gehört und schwindet allmälig mit oder bald nach der Chorea, ohne weiteren Schaden für Herz oder Circulation zu hinterlassen.

2) Diese Disposition zur Mitleidenschaft des Herzens ist nicht von der Stärke oder Art der Chorea, sondern vom Alter des Patienten abhängig: die jüngeren Kinder sind am meisten, die ältern am wenigsten disponirt; jenseits des Kindesalters ist diese Disposition, wenn überhaupt vorhanden, doch sehr gering.

3) Obgleich diese Herzerscheinungen für die Gesundheit nicht gefährlich sind und ohne Nachtheil verschwinden, hat man doch bei zufällig während oder bald nach der Chorea Gestorbenen in solchem Falle kleine frische Gerinnsel an der Mitralis gefunden.

Nach Besprechung der bisherigen Hypothesen, deren jede Manches für und gegen sich hat, ist St. geneigt, anzunehmen, dass das Herz bei der Chorea auf eine oder die andere Weise disponirt ist, sympathisch zu erkranken, und zwar in allen Altersstufen bis zum Erwachsenen hinauf. Die Art der Herzaffection entspricht der Art der Chorea: wenn, wie in der frühesten Kindheit, die Muskelzuckungen ohne jede Coordination geschehen, ist die Herzaktion unregelmässig und ungleichmässig; handelt es sich später um mehr localisirte, (meist coordinatorische) Zuckungen, so ist die Herzaktion einfach beschleunigt; der Chorea mit mehr weniger schnell vorübergehenden paralytischen Erscheinungen entspricht (resp. sie begleitet) das Geräusch am Herzen, das ebenfalls als Innervations- spec. paretische Erscheinung aufzufassen ist. Eine so entstandene Schwäche oder Erschlaffung von Papillarmuskeln kann zu jenem Geräusche und auch zur Bildung kleiner Gerinnsel Veranlassung geben, durch Regurgitation und Stauung des Bluts. Waehner (Creuzburg).

---

9) **Buccola G.** (Turin): La durata del discernimento e della determinazione volitiva. (Die zu einer Unterscheidung und zu einem Entschluss nothwendige Zeit). (Riv. di filosofia scientif. Anno I. fasc. 2.)

10) **Ders.:** Il periodo fisiologico di reazione negli alienati. (Die Reactionszeit bei Geisteskranken.) (Riv. sperim. di fren. 1881. 3.)

Die Bestimmung der psychischen Reactionszeit erfolgt bekanntlich in der Weise, dass die Zeit gemessen wird, welche zwischen dem Eintritt irgend eines bestimmten Sinneseindruckes und der durch die Versuchsperson vorzunehmenden Signalisirung der stattgefundenen Apperception verstreicht. — Hierbei handelt es sich um einen möglichst einfachen psychischen Process. Verf. hat nun in ähnlicher Weise, wie dies von Donders, Wundt, Kries und Auerbach und Ref. geschehen ist, diesen psychischen Vorgang zu compliciren getrachtet, indem er bei verschiedenen wechselnden Sinnesreizen erst dann reagiren liess, bis die Versuchsperson dieselben zu unterscheiden vermochte (discernimento) oder aber indem er bei gewissen vorher bestimmten Reizen überhaupt kein Zeichen geben liess (scelta).

Selbstverständlich wird in solchen Versuchen die Reactionszeit vergrössert sein; es ergab sich aber ferner, dass rücksichtlich der tactilen Eindrücke die Unterscheidung für jene Hautstellen, welche mit geringerem Ortssinn ausgestattet sind, entsprechend langsamer erfolge, als für die besser localisirenden. So wurde beispielsweise Reizung der Zungenspitze schneller erkannt (0.177 Sec.) als Reizung des Vorderarmes (0.191 Sec.). —

Die einfache Reaction auf farbige Lichteindrücke verlangte bei einer Versuchsperson 0.176 Sec. Handelte es sich darum Blau und Grün zu unterscheiden, so stieg die Reactionszeit auf 0.224 resp. 0.232 Sec. Endlich wurde die Person angewiesen nur bei grünen Eindrücken zu reagiren (discernimento e scelta), da stieg die Reactionszeit auf 0.294, — eine Thatsache, welche mit den von früheren Untersuchern gefundenen vollkommen übereinstimmt.

In der zweitgenannten Abhandlung werden weitere Versuche über die Reactionszeit an Geisteskranken mitgetheilt (vergl. dieses Centralbl. 1881 pag. 258), und zwar dienten ihm hauptsächlich Blödsinnige und sonstige Geistesschwache (Idioten) als Versuchsmaterial. Die Resultate schliessen sich enge an die bekannten diesbezüglichen Thatsachen an. Obersteiner (Wien).

---

11) **Franz Carl Müller:** Ueber psychische Erkrankungen bei acuten fieberhaften Krankheiten. (Strassburger Inaug.-Diss. gr. 8⁰ S. 82.)

Nachdem Eingangs die Literatur genau angegeben und der Verf. mitgetheilt hat, dass zuerst Esquirol den ätiologischen Zusammenhang zwischen acuten fieberhaften Krankheiten und Psychosen erkannt und über ein halbes Jahrhundert später, nach Ueberwindung des Zweifels, ob zufälliger oder ätiologischer Zusammenhang, Schlager (1857) auf den Zusammenhang mit Ileotyphus aufmerksam gemacht, und durch Griesinger und andere deutsche Forscher die Ueberzeugung, dass alle acuten fieberhaften Krankheiten geistige Störungen hervorrufen

können, zur Allgemeinheit durchgedrungen, bespricht er die Statistik, die zu dem Ergebniss der relativen Seltenheit der psychischen Störungen bei acuten fieberhaften Krankheiten und zu dem Vorwiegen des Typhus führt, und behandelt dann die klinischen Formen, wobei er ausspricht, dass abgesehen vom einfachen Fieberdelirium alle Formen psychischer Störungen beobachtet seien mit Ausnahme der Dementia paralytica. — Zuerst bespricht er den Typhus nach den einzelnen Stadien, und betont, dass mit der Reconvalescenz die Einwirkung auf die psychischen Thätigkeiten noch nicht erloschen, sondern noch nach Jahren als ätiologisches Moment angesehen werden muss. Dann handelt er die Pneumonie, die acuten Exantheme, Pleuritis, Intermittens, den acuten Gelenkrheumatismus, die asiatische Cholera, Gesichtserysipel, Febris recurrens und im Anfange angina tonsillaris, einen Fall von Diphtherie und einige andere Fälle ab, und kommt zu dem Schluss, dass die bei acuten fieberhaften Krankheiten vorkommenden psychischen Störungen vor den durch andere Momente veranlassten nichts Charakteristisches, Specifisches voraushaben, wenn auch im Ganzen dieselben doch Eigenthümlichkeiten nach Form und Verlauf bieten, z. B. im Vergleich mit durch chronischen Alcoholismus oder Kopfverletzungen hervorgerufenen. Als ein Resultat der Gesammtbetrachtung glaubt Verf. aussprechen zu dürfen, dass der heftige und plötzliche Insult einer acuten Krankheit, sowie der mächtig eingreifende Verlauf mit raschen Schwankungen verbunden am häufigsten Manie hervorbringt, hingegen die länger protrahirten, langsamer und durch längere Zeitabschnitte einwirkenden Krankheiten zu Melancholien führen. Vergleicht man die in den verschiedenen Stadien einer Krankheit, z. B. des Typhus, vorkommenden Psychosen der Form nach mit einander, so findet man grosse Differenzen, vergleicht man dagegen die entsprechenden Stadien der verschiedenen Krankheiten rücksichtlich der psychischen Störungen mit einander, so finden sich innerhalb gleicher Stadien verschiedener Krankheiten dieselben psychischen Störungen der Form nach, so dass der Verf. zu dem Schlusse sich berechtigt erklärt, dass die Formen psychischer Störungen an die Stadien geknüpft sind.

In der Besprechung der Pathogenese wird die Schwierigkeit wegen der Unbekanntschaft der Einwirkung des Grundprocesses auf die Centren des Nervensystems hervorgehoben und werden dann die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Buhl's, Meynert's, Hoffmann's, Nobling's, Popass's (Recklinghausen) und Herzog Carl Theodor's in Baiern besprochen, der vermehrte Wassergehalt, Hirnoedem, Verminderung des Fettes, Zerfallen der Ganglien-Zellen mit Pigment-Körnern (parenchymatöse Degeneration Hoffmann's), Vermehrung der weissen Blutkörpcherchen und deren Verhalten im Typhus dargelegt und gezeigt, wesshalb sie keine sichere Erklärung gewähren und dass somit das Heranziehen der klinischen Erscheinungen und das Betreten des Hypothesen-Gebietes geboten ist. Die relative Seltenheit psychischer Störungen bei acuten fieberhaften Krankheiten muss dahin führen, dass entweder Abnormitäten der acuten Krankheit angehörig oder

Abnormitäten des Individuum's, die bisher latent geblieben, zur Frage kommen und Verf. kommt dann dazu, dass die individuelle Prädisposition hier besonders zu beachten. Dieselbe besteht entweder nur specifisch für die mit Fieber auftretenden Krankheiten oder sie ist eine permanente Ressistenzverminderung des Hirns. Die Heredität, die acquirirte Disposition (überwiegend der Zahl nach) kommen dann zur Erörterung. S. 65 wird der Scrophulose, Lungenphthise und allgemeiner Schwächezustände als wichtiger mitwirkender Momente gedacht.

Verf. kommt nun zu dem Ergebniss, dass die acuten fieberhaften Krankheiten nur veranlassende Momente des Irreseins sind, die erst auf dem Boden einer temporären oder permanenten Hirnbelastung wirksam werden, und von andern veranlassenden Momenten nicht wesentlich sich unterscheiden, und er findet die directen Momente ihrer Einwirkung auf das Hirn in der gesteigerten Wärmeproduktion und in der bis zur Zersetzung der Organelemente vermehrten Funktion desselben, „Hirnbrand." Dann wird die Anhäufung von Verbrennungsprodukten im Blut besprochen, verbunden mit Circulationsstörungen, Hyperämie und Anämie, und sie als die Folgen der genannten pathologisch-anatomischen Befunde angesehen. Die nach Aufhören des Fieberprocesses, im Stad. decrementi, und in der Reconvalescenz auftretenden Psychosen wurzeln dagegen in der Erschöpfung des ganzen Organismus, resp. des Hirns, und schwinden meist mit der Erstarkung desselben, in wenigen Fällen in Hirnatrophie übergehend. Nebenher werden nun noch Dyspnoë und Sorgen des Lebens etc. als mitwirkende Momente in einzelnen Fällen erwähnt und darauf hingewiesen, dass somit ein Complex verschiedenster Ursachen, die durch Interferenz sowohl als durch Combination cumulirend wirksam werden, der Entstehung psychischer Störungen bei acuten fieberhaften Leiden zu Grunde liegt. Als spezielle Beziehung der Formen zu den directen Ursachen ist festzuhalten, dass im Allgemeinen die besondere Heftigkeit der acuten Krankheiten meist zu maniacalischen Zuständen, die langsamer und weniger stürmisch verlaufenden Affectionen zu Melancholieen führen.

In Bezug auf die Prognose ist zu unterscheiden der Grundprocess und die psychische Störung. Während, z. B. beim Typhus, die Schwere und die lange Dauer des Grundleidens dieselbe beeinflusst, ist in Bezug auf die psychischen Störungen, sowohl beim Typhus, als bei andern Krankheiten, im Ganzen die Prognose günstig, wenn auch abhängig von der Form.

Die fleissige Arbeit, welche der Verf. unter den Ausspicien seines Lehrers Jolly geliefert, wird in der Literatur ihren Platz behaupten und Allen, welche dieser Frage Aufmerksamkeit widmen, eine interessante Lectüre gewähren. Sponholz (Jena).

III. Verschiedene Mittheilungen.

12) Aus America. Im „American Journ. of Insanity" 1881 Juli findet sich ein Referat über Berichte aus 25 Anstalten der Staaten: New Jersey, Pennsylvania, Ohio, Michigan, Indiana, Illinois, Minnesota, Wisconsin, und Kansas. Die Berichte behandeln theils das letztvergangene Jahr, theils die letzten 2 Jahre, sie schliessen zum Theil mit September, zum Theil auch mit October oder November 1880 ab. Die Zahl der Verpflegten, über welche berichtet wird, beträgt im Ganzen 18,263. Auf dieselben treffen 1071 Todesfälle was 5,86% entspricht. Als Geheilt werden 1909 aufgeführt = 10,4% aller Verpflegten. Die Zahl der letzteren schwankt von 129 bis 1543 für die einzelnen Anstalten; in 18 Anstalten beträgt sie je über 600. Ausser den Tabellen enthalten einzelne Jahresberichte auch Besprechungen verschiedener Fragen aus dem Irrenwesen. Mehrere Directoren fordern besondere Anstalten für geisteskranke Verbrecher. Dr. Kirkbride spricht Bedenken aus gegen allzu ausgedehnte Beschäftigung der Irren um des pecuniären Gewinnes für die Anstalt willen.

Verschiedene der grossen Anstalten kämpfen mit Ueberfüllung und der Anhäufung unheilbarer Fälle, die die Aufnahme heilbarer verzögert oder unmöglich macht. Dr. Strong geisselt die Art und Weise, mit welcher niedrige Procentsätze der Sterblichkeit als Folgen des Non-restraint verkündigt werden. Er habe die Kühnheit, Restraint zu vertheidigen und anzuwenden und doch nur eine Sterblichkeit von 5,1%. Wir finden einen kurzen Bericht über den auch in der Tagespresse seiner Zeit berichteten Brand im Minesota Hospital St. Peter, bei welchem 18 Kranke verbrannten und weitere sechs vermisst wurden. Die Brandstiftung geschah durch einen Kranken, dem freier Verkehr in der Anstalt gewährt war. Auch im Kansas Hospital zu Osawatomie wurde im März 1880 der Centralbau vom Feuer zerstört, doch ohne Verlust an Menschenleben.

Karrer (Erlangen).

13) Aus Mecklenburg-Schwerin: Dem verstorbenen *Geh. Rath Dr.* Flemming soll in dem Garten der Irrenheilanstalt Sachsenberg ein *Denkmal* errichtet werden. Beiträge zu demselben sind zu senden an Herrn General-Major Köhler, Augustenstrasse 15 zu Schwerin. —

14) Aus London: Der *internationale Medicinische Congress* hat noch ein *polizeiliches Nachspiel* gehabt, in sofern als Ferrier von der Anti-Vivisectionsgesellschaft der Uebertretung der Parlamentsacte, welche eine gewisse Beschränkung der Vivisection anordnet, angeklagt und vor das Polizeigericht in Bow-Street citirt war. Es handelte sich um die beiden Affen (soll wohl heissen 1 Hund und 1 Affen; vergl. Nro 17 d. B. vom vorigen Jahre) welche in der Section für Anatomie und Physiologie getödet worden waren. Der Vertreter der klägerischen Gesselschaft begründete die Anklage dahin, dass die von F. operirten Thiere nicht vor dem Erlöschen der Anästhesie getödet, sondern für weitere Experimente am Leben erhalten worden seien. Foster der Präsident der Section wies nach dass nicht Ferrier sondern Prof. Yeo schon viel früher die Thiere operirt habe. Daraufhin wurde Ferrier freigesprochen, weil nicht nachgewiesen werden konnte, dass er an der die Parlamentsacte übertretenden Vivisection Theil genommen hatte. Die Anklage wird aber nun wohl gegen Yeo erhoben werden. —

15) Aus Berlin. Die Idioten-Anstalt in der stätischen Irrenanstalt zu Dalldorf ist am 19. November vor. J. eröffnet und mit etwa zwanzig idiotischen Kindern belegt worden. — Die Irrenanstalt selbst ist, nach der B. B. Z., wieder derartig übervölkert, dass ausser den ca. 300 Kranken, die in der maison de santé des Dr. Levinstein zu Schöneberg, und 100, die in der Anstalt des Dr. Edel in Charlottenburg untergebracht sind, jetzt noch 40 Kranke an die Dr. Mendel'sche Anstalt in Pankow abgegeben werden müssen, um Raum für neu aufzunehmende zu schaffen. Welch colosale Kosten der Stadt daraus erwachsen, ergibt sich daraus, dass die Anstalten aus-

ser Wäsche und Kleidung pro Kopf monatlich eine Pension von baar 60 Mark erhalten, während seitens des Magistrats für einzelne Kranke, die sich in Privatpflege befinden, ein Pauschquantum von nur 18 Mark, in Köpenik nur 9 Mark gezahlt wird.

IV. Preisaufgabe.

Die Königliche Academie der Medicin zu Brüssel hat einen Preis von 1500 Frcs. auf die Bearbeitung des folgenden Thema's ausgeschrieben:

Auf gewonnenen Beobachtungen gegründete Darlegung des Einflusses, welchen der Alkoholismus vom materiellen und vom psychischen Standpunkte aus auf das Individuum, sowie auf dessen Nachkommenschaft ausübt. Die Bewerber sollen sich unter Benutzung der durch die pathologische Anatomie und die gerichtlich-medicinischen Untersuchungen gewonnenen Anhaltspunkte darüber auslassen, wo die Grenze zwischen Trunkenheit und Geistesstörung liegt, ebenso über die Verantwortlichkeit des Betrunkenen bei den von ihm vollführten Handlungen.

Die Arbeiten sind — unter Beachtung der üblichen Formalien — bis zum 15. Februar 1883 einzusenden.

V. Neueste Literatur.

1. Scholz (Bremen): Vorträge über Irrenpflege. Bremen, Heinsius. kl. 8⁰. 134 pag. M. 2.80.
2. Moos (Heidelberg), Pollnow und Schwabach (Berlin): Die Gehörstörungen des Locomotivpersonals. Wiesbaden, Bergmann. gr. 8⁰. 56 pag. M. 1.80.
3. Wundt (Heidelberg): Philosophische Studien. I. Bd. 1. Heft. Leipzig, Engelmann. gr. 8⁰. 147 pag. M. 4.
4. Gerhardt (Würzburg): Ueber einige Angioneurosen. Nro. 209 der Sammlung Klin. Vorträge. (Volkmann.)
5. Gowers (London): Epilepsie and other chronic convulsive diseases. London, Churchill. gr. 8⁰. geb. 309 pag.
6. Gussenbauer: Erfahrungen über Massage. Prag, Dominicus. 24 Kr.
7. Bignon: Des accidents psychiques dans les maladies chroniques du coeur.
8. Buet: Des zones hysterogènes.
9. Boppe: Contribution à l'étude de l'hémorrhagie spontané de la moelle au hématomyélie.
10. Brouillet: Contribution à l'étude de la meningo-éncephalite traumatique.
11. Chambard: Du somnambulisme en général.
12. Coste: Des quelques points controverses de l'epilepsie.
13. Fouquet: Étude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique.
14. Tarissau: Essai sur le bérebéri au Brésil.

7—14 sind Pariser Thesen à M. 1.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provincial-Irren-Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark, freie Station. 2) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 3) Dalldorf (Berlin), 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr. Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt der Stadt Berlin. 4) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 5) Leipzig (Irrenklinik), 2. Assistenzarzt; 1500 Mark, freie Station. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 6) Hildesheim, Prov.-Irr.-Anst., provis. Hilfsarzt, 900 M., fr. Stat, 7) Leubus (Prov.-Irren-Anstalt), a) Volontairarzt, 450 M. bei fr. Stat. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht, b) Dritter Arzt, sofort, 1200 M., Kost der Pensionäre, Wohnung, Heizung und Beleuchtung. 8) Owinsk, a) 1 Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 9) Allenberg (Ost-Preussen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M., fr. Stat., b) Assistenzarzt, 1. Februar, 1200 M.. fr. Stat. 10) Schwetz, Volontairarzt. 11) Königslutter, 2. Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. I. Classe. 12) Eberswalde, 1. Assistenzarzt, sofort, 1500 M., fr. Stat. 13) Die Kreisphysicate: Bolkenhain (Liegnitz), Cleve (Düsseldorf), Wohlau (Breslau).

Besetzte Stelle. Sachsenberg, 2. Assistenzarzt Herr Dr. Quittel aus Berlin.

Ehrenbezeugungen. Kreisphysicus Dr. Zuchholt zu Bergheim zum Sanitätsrath, Dr. G. Koch in Wiesbaden zum Hofrath ernannt.

VII. Mittheilung der Redaction.

Folgende **Originalaufsätze** kommen in den **nächsten Nummern** zum Abdruck.

Ueber das neue niederländische Irrengesetz von Prof. Dr. Obersteiner.

Zur Nervendehnung bei Tabes dorsalis von Professor Dr. Benedikt.

Ein Fall von spontaner Heilung der Epilepsie von Santitätsrath Dr. Sponholz.

Ein Fall tödtlicher Manie nach Pleuritis von demselben.

Ataxie im Kindesalter von Dr. R. Schulz, Prosector am Herzogl. Krankenh. in Braunschweig.

VIII. Anzeige.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig,
Druck von Philipp Werle in Coblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. Januar 1882. Nro. 2.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Ueber das neue niederländische Irrengesetz.

Von Prof. Dr. H. OBERSTEINER in Wien.

Das Königreich der Niederlande gehört zu den wenigen Staaten (Frankreich, Belgien, Schweden und Norwegen), welche ein eigenes Irrengesetz besitzen. — Dieses Gesetz vom 29. Mai 1841 hat in den Niederlanden gute Früchte getragen; der traurige Zustand, in dem sich früher die Anstalten des Landes befanden, verschwand unter der durch dieses Gesetz geregelten Staatsaufsicht, und ein in den meisten Beziehungen recht erfreulicher Aufschwung, sowohl nach ärztlicher wie nach administrativer Seite, konnte constatirt werden. Immerhin aber haben sich, wie dies kaum anders zu erwarten war, im Laufe der 40

jährigen Erfahrung Gebrechen herausgestellt, welche diesem Gesetze anhaften, sodass sich das Bedürfniss nach einer Reorganisirung der Irrenverhältnisse immer dringender fühlbar machte.

Es liegt nun den Kammern ein motivirter Gesetzentwurf vor, welcher diese Uebelstände beseitigen soll.*)

Die Hauptpunkte, in welchen dieser Gesetzentwurf von dem Gesetze des Jahres 1841 abweicht sind höchst beachtenswerth. Zunächst wird die staatliche Aufsicht auf einen grossen Theil jener Kranken ausgedeht, welche sich ausserhalb der Irrenanstalten befinden, ferner wird eine möglichst gute Verpflegung der Irren, vorzüglich durch die Sorge für eine genügende Anzahl von Anstalten, angestrebt, und endlich sollen die gesetzlichen Bestimmungen für die Aufnahme und Entlassung erleichtert, dadurch unnöthiger Zeitverlust vermieden, sowie die Möglichkeit der Aufnahme oder Zurückhaltung Geistesgesunder in Irrenanstalten umgangen werden.

Im folgenden sollen nun die wichtigeren Abschnitte dieses Entwurfes einer kurzen Besprechung unterzogen werden.

§ 1. *Staatsaufsicht über Geisteskranke und Irrenanstalten.*

Die oberste Aufsicht wird durch einen oder mehrere Inspectoren, welchen keine andere, als eine consultative ärztliche Praxis gestattet ist, ausgeübt (Art. 1). Diese Aufsicht hat sich auf alle Geisteskranken zu erstrecken, mit Ausnahme derjenigen, die mit ihren Anverwandten (in gerader Linie unbeschränkt, in der Seitenlinie bis in den dritten Grad), Ehegatten oder Vormündern wohnen (Art. 2.) . . Die Anzahl der Anfangs 1881 in den Anstalten des Königsreichs befindlichen Geisteskranken betrug 4297 (2045 männl. 2252, weibl.) während (Ende 1879) ausserhalb der Anstalten nach den der Wahrheit ziemlich nahe kommenden officiellen Angaben 1750 Geisteskranke verpflegt wurden. — Ein Schritt weiter — und zwar ein höchst wünschenswerther Schritt — wäre es gewesen, diesen staatlichen Schutz auf alle Geisteskranken, soweit dieselben der Behörde bekannt sind, auszudehnen; ist es ja doch eine täglich von Neuem zu machende Erfahrung, dass gerade die nächsten Angehörigen, sei es aus Unwissenheit, sei es aus Mangel an gutem Willen, für die in ihrer Obhut befindlichen Geisteskranken häufig am schlechtesten sorgen. —

Die ausserhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken, welche nach Art. 2. der Staatsaufsicht unterstehen, und über deren Aufenthalt dem betreffenden Bürgemeister Mittheilung zu machen ist (Art. 3), werden von den Inspectoren besucht (Art. 4), welche eine mangelhafte Verpflegung der Kranken dem Gerichte anzuzeigen haben (Art. 5).

In Begleitung des Inspectors, oder dessen stellvertretenden Arztes besucht der Gerichtsbeamte (officier van justitie) zum mindesten alle 3 Monate einmal die in seinem Sprengel gelegenen Anstalten (ab-

---

*) Durch die Güte eines Kammermitgliedes im Haag, ging uns ein Exemplar dieses Entwurfes zu. Herr Professor Obersteiner hatte die Freundlichkeit die vorstehende Bearbeitung desselben zu übernehmen. Redaction.

gesehen von seinem Rechte, dieselben wann immer zu revidiren), um sich zu überzeugen, dass kein Kranker widerrechtlich zurückgehalten werde, und dass auch keine sonstigen Uebelstände bestehen. Von jeder Veränderung im Krankenstande der Anstalt hat deren Leiter den Gerichtsbeamten binnen 24 Stunden zu verständigen (Art. 6).

Wie sich aus dem Weiteren ergeben wird, ist dem Gerichtsbeamten die grösste Ingerenz bezüglich der Irrenanstalten eingeräumt. Dieser Officier van Justitie ist eine höhere Gerichtsperson, welche direct unter dem Oberstaatsanwalt steht, und in Civilprocessen die Regierung oder Unmündige resp. Geisteskranke vertritt, beim Strafgerichte aber annähernd das Amt eines Staatsanwaltes ausübt.

Es muss nun unbedingt als die schwächste Seite des vorliegenden Gesetzentwurfes bezeichnet werden, dass in rein ärztlichen Fragen einem Juristen die Entscheidung überlassen wird. — Niemanden wird es beifallen, von dem Staatsanwalte die Entscheidung abzuverlangen, ob in einem Falle Pneumonie vorhanden sei oder nicht, und doch ist die Erkennung und Beurtheilung psychischer Erkrankungen weit aus schwieriger, als die Diagnose einer Lungenentzündung.

§ 2. *Errichtung und Schliessung von Irrenanstalten.*

Jede Wohnung in der mehr als 2 Geisteskranke verpflegt werden, gilt als Anstalt. In den Irrenanstalten dürfen keine anderen Kranken als Irre behandelt werden (Art. 7). Eine Unterscheidung zwischen Heil- und Pflegeanstalten wird in dem Entwurfe nicht mehr festgehalten; es ist ganz richtig, dass nicht die Frage nach der Heilbarkeit oder Unheilbarkeit, sondern vielmehr andre Umstände einen Maassstab für die Trennung der Kranken (in reine und unreine, ruhige und unruhige u. dgl.) abgeben müssen.

Die Errichtung einer Anstalt (Art. 8) wird an gewisse Bedingungen geknüpft, doch findet die Person des Concessions-Bewerbers in dem Entwurfe keine Erwähnung; es ist dies insoferne kein Uebersehen, als der Motivenbericht sagt, es sei ganz selbstverständlich, dass an Personen, welche nicht vertrauenswürdig erscheinen, auch keine Concession ertheilt werde. Doch verdiente gerade dieser Punkt in dem Gesetze eine besondere Beachtung. Dadurch allein, dass man hinsichtlich der Persönlichkeit des Anstaltsleiters möglichst scrupulös vorgeht, und sich auf Personen von grösster Vertrauenswürdigkeit beschränkt, kann jene Sicherstellung gegen jedweden Missbrauch erreicht werden, welche mehr werth ist, als die strengste Ueberwachung durch Polizei und Staatsanwalt; zugleich kann aber dann für die Aufnahme der Kranken die grösstmögliche Erleichterung geschaffen werden; der ganze Apparat arbeitet dann sicherer, schneller, und was für den Staat auch nicht unwesentlich ist — billiger. — Für den ärztlichen und administrativen Dienst sind wohlangebrachte Bestimmungen vorhanden. In jeder Anstalt mit mehr als 20 Kranken muss mindestens ein Arzt wohnhaft sein, und ist überhaupt für jede Anzahl von Kranken die Minimalzahl der für sie zu bestellenden Aerzte normirt.

Folgende Zusammenstellung mag zeigen, wie nothwendig diese Bestimmung ist.

So befinden sich gegenwärtig

in Herzogenbusch 584 Kranke u. 2 Aerzte (nicht in der Anstalt wohnhaft)
„ Zütphen 456 „ 2 „ „ „ „ „
„ Rotterdam 210 „ 1 „ „ „ „ „
„ Dortrecht 213 „ 1 „ „ „ „ „

Unmöglich kann ein Arzt, wie z. B. in Herzogenbusch 292 Kranke genügend besorgen, noch weniger aber nebenbei auch einer wissenschaftlichen Thätigkeit nachgehen.

Art. 10 bezieht sich auf die Errichtung neuer Reichsanstalten bei Bedarf.

§ 3. *Aufnahme und Verbleiben in einer Irrenanstalt.*

Sobald es wünchenswerth erscheint, dass ein Geisteskranker, sei es in seinem eigenen Interesse oder in dem der öffentlichen Sicherheit, einer Anstalt übergeben werde, so hat jeder volljährige Anverwandte (vergl. Art. 2.) das Recht unter Beilage eines ärztlichen Zeugnisses (Art. 15), welches von einem in den Niederlanden zur Praxis berechtigten Arzte ausgestellt sein muss, bei dem Einzelrichter (Kantonregter) seines Wohnortes die Ermächtigung zur Transferirung des Kranken anzusuchen (Art. 11), ausserdem kann diese aber auch der Justizbeamte (officier van justitie) bei seinem Präsidenten beantragen (Art. 12), ja in besonders dringenden Fällen steht es auch dem Bürgemeister frei, einen Geisteskranken provisorisch (nicht über 8 Tage) unter Aufsicht zu stellen, was aber nie in einem Gefängnisse (!) zu geschehen hat (Art 13) und binnen 24 Stunden dem Gerichte mitgetheilt werden muss. — Uebrigens kann jeder Volljährige *seine eigene* Aufnahme gemäss den obigen Vorschriften ansuchen (Art. 14).

Es steht aber sowohl dem Einzelrichter als dem Präsidenten des Kreisgerichtes (arondissement-regtbank) das Recht zu, die angesuchte Ermächtigung zu verweigern, sobald ihm das Bestehen einer Geisteskrankheit durch die Documente nicht genügend bewiesen erscheint; er hat dann den angeblichen Kranken oder auch dessen Umgebung einzuvernehmen und falls ihm das Bestehen einer Geisteskrankheit noch immer zweifelhaft erscheint, den Beschluss des Gerichtshofes einzuholen (Art. 16). Nach der vollzogenen Aufnahme des Kranken sind durch 14 Tage täglich, hierauf mindestens allwöchentlich und nach Ablauf eines halben Jahres mindestens alle Monate Aufzeichnungen über den Zustand des Kranken in das Protokoll einzutragen (Art. 19). Diese Aufzeichnungen werden in den 3 ersten Tagen täglich dem Arondissements Gerichte, resp. dem Officier van justitie eingesandt (Art. 20); nach Ablauf von 3 Wochen ist unter Beischluss des ärztlichen Journales an das betreffende Gericht ein Gesuch um die Ermächtigung zum weiteren Behalten des Kranken in der Anstalt einzureichen (Art. 21), welches fernerhin alljährlich zu erneuern ist (Art. 23). Bevor aber das Gericht diese Ermächtigung ertheilt, kann es eine Untersuchung des Geisteszustandes des betreffenden Kranken durch eine dazu bestimmte *Gerichtsperson* in Gegenwart, oder *mit Ausschliessung der Anstaltsärzte* veranlassen (Art. 22).

Anwendung von Zwangsmitteln ist in das Protokoll einzutragen (Art. 24.)

Auch von der Unterbringung eines Geisteskranken in einer ausländischen Anstalt ist dem Gerichte Meldung zu erstatten (Art. 26).

§ 4. *Beurlaubung und Entlassung aus den Irrenanstalten.*

Da eine probeweise Entlassung (Beurlaubung) in vielen Fällen vom ärztlichen wie vom administrativen Standpunkte kaum mehr zu umgehen ist, so kann es nur gebilligt werden, dass der vorliegende Entwurf ausdrücklich auf die Beurlaubung der Kranken Rücksicht nimmt, und zwar soll es dem Anstaltsarzte frei stehen, nach vorheriger Benachrichtigung derjenigen Person, welche einen Kranken der Anstalt übergeben hat, denselben für eine bestimmte Zeit zu beurlauben (Art. 27). — Die definitive Entlassung erfolgt entweder, sobald der Anstaltsarzt erklärt, dass der Verpflegte nunmehr als geheilt zu betrachten sei, oder über Ansuchen einer jeden Person, welche nach Art. 11 dessen Aufnahme einzuleiten berechtigt ist, oder endlich über Verlangen des Ministeriums (Art. 28); in diesen beiden letzten Fällen steht aber dem Anstaltsarzte das Recht zu, eine motivirte Erklärung abzugeben, dass der Kranke gemeingefährlich sei, woraufhin der Gerichtshof die Entlassung des Kranken entweder gänzlich untersagen, oder aber vorerst sich die Ueberzeugung verschaffen kann, dass die nothwendigen Vorkehrungen zur Vermeidung der Gefahr getroffen worden sind; übrigens kann der Gerichtshof auch die neuerliche Untersuchung des Kranken veranlassen (Art. 29). — Findet der Officier van justitie, dass ein Kranker auf unrechtmässige Weise in eine Anstalt aufgenommen wurde oder dasselbst zurückgehalten wird, so befiehlt er dessen alsbaldige Entlassung, wenn dies ohne Gefahr für die öffentliche Sicherheit geschehen kann; hält jener den Kranken im Widerspruche mit dem Anstaltsarzte für gesund, so holt er den Beschluss des Gerichtshofes ein (Art. 31).

§ 5. *Verwaltung des Vermögens und Curatelaufstellung.*

Die Artikel 32—34 dieses § bieten wenig Bemerkenswerthes, und sind den Bestimmungen des Bürgerl. Gesetzbuches angemessen.

§ 6. *Strafbestimmungen.*

Wer gegen die obigen Bestimmungen verstösst, wird mit Gefängniss bis zu 6 Monaten oder mit 50 Cents. bis 600 Gulden bestraft (Art. 35—38).

§ 7. *Ersatz der Kosten.* (Art. 39—41).

§ 8. *Uebergangsbestimmungen.* (Art. 42—43).

Soviel des Guten dieser Entwurf auch enthält, so muss doch hier nochmals auf den Umstand aufmerksam gemacht werden, dass dem Gerichtsbeamten Rechte zugestanden werden, welche viel eher einem Arzte, und zwar einem von der Behörde angestellten Arzte zukommen würden. Es ist nicht einzusehen, warum die Frage ob jemand geisteskrank oder nicht sei, ob er in eine Anstalt aufzunehmen und daselbst zu belassen sei, nicht besser von dem öffentlichen Arzte beantwortet werden könne, da man ja doch nicht annehmen kann, dass dieser seinem Character nach weniger verlässlich sei, als der von derselben Behörde angestellte Officier van justitie.

Die in Oesterreich für Privatanstalten geltenden Vorschriften

bestimmen, dass wenn ein Kranker, welcher das vorschriftsmässige Zeugniss eines Bezirks- oder Gemeindearztes nicht mitbringt, deshalb nicht abgewiesen werden kann, weil der Anstaltsarzt es im Interesse des Kranken oder der öffentlichen Sicherheit nicht für zuträglich hält, dass dann dieser Kranke gleichsam provisorisch in der Anstalt verbleiben kann; es muss aber alsbald der Bezirksarzt jenes Bezirkes in welchem sich die Anstalt befindet, verständigt werden, damit er die Geisteskrankheit constatire, und die definitive Aufnahme für gerechtfertigt erkläre (Verord. des Min. d. Inn. im Einvernehmen mit d. Justizmin. vom 4. Juli 1878). Derselbe Bezirksarzt inspicirt auch die Anstalt zum mindesten alle 3 Monate.

Hiermit dürfte wohl die möglichste Erleichterung für die Aufnahme gegeben sein, und die Entscheidung in allen rein ärztlichen Fragen ist in die Hand einer Person gelegt, von der die nöthigen psychiatrischen Kenntnisse durch das Gesetz verlangt werden. — Es hat die öffentliche Meinung in Oesterreich, welche ja allüberall verbrecherische Einsperrungen in Irrenanstalten wittert, diese Verordnung als vollkommen sicherstellend begrüsst — wir Irrenärzte aber müssen uns darüber freuen, dass durch diese rasche Aufnahmsmöglichkeit dem Kranken und der Gesellschaft jener Schutz gewährt wird, der bei protrahirten Aufnahmsformalitäten nicht selten zu spät kommt.

Ich habe diese in Oesterreich geltende Verordnung deswegen vergleichsweise hier angeführt, weil sie darthut, dass es möglich ist, die Entscheidung in psychiatrischen Fragen dem Juristen abzunehmen, und sie demjenigen zu überlassen, dem sie zugehört. —

Es wird aber auch nothwendig sein, noch einmal auf die Vorzüge dieses höchst fleissig und geschickt ausgearbeiteten Entwurfes aufmerksam zu machen, welcher dem Fachmann viel Anregendes bietet. —

Ich glaube auch kaum, dass irgend Jemand im Stande wäre, ein Irrengesetz zu verfassen, dass Jedermann in jeder Beziehung befriedigen würde; nichts destoweniger habe ich es gewagt, jene Punkte des niederländischen Entwurfes, welche mir mangelhaft erschienen, namhaft zu machen.

II.
Zur Nervendehnung bei Tabes dorsalis.

Briefliche Mittheilung an den Herausgeber
von Professor Dr. BENEDIKT in Wien.

Care Collega!

Folgende Mittheilung dürfte Sie und die Leser Ihres Blattes, welche meine letzten Mittheilungen über Nervendehnung („Wiener med. Presse") gelesen haben, interessiren.

Sie erinnern sich während Ihrer Anwesenheit in Wien den Kranken Schw. gesehen zu haben, bei dem der Erfolg der Operation gerade staunenswerth war. Die Geschichte dieses Kranken bildet die erste Beobachtung*) der genannten Mittheilung und ich will nun über

*) Siehe Referat pag. 36.

das weitere Schicksal desselben berichten. Anfangs November machte derselbe eine Geschäftsreise, auf der er sich angeblich erkältete und er kehrte mit heftigen dyspnoischen Anfällen zurück. Die Untersuchung der Herzgegend ergab einen Befund, der am meisten auf eine acute Endo- und Pericarditis deutete. Später schien eine Insufficienz vorhanden zu sein.

Ich gehe auf die Untersuchung in vivo nicht näher ein, da die Necroscopie einen Befund ergab, der bis jetzt in vivo kaum zu erkennen ist.

2 Tage vor seinem Tode wurde er auf die Klinik von Bamberger aufgenommen, wo das Fehlen der wesentlichen spinalen Symptome constatirt wurde und zwar waren am letzten Tage, wie mir berichtet wurde, die Sehnenreflexe besonders lebhaft.

Die Necroskopie, die von Hrn. Dr. Chiari gemacht wurde, ergab: Verengung der linken und vollständigen *Verschluss* der rechten *Coronar-Arterie*, ferner excentrische Hypertrophie des Herzens und partielle Schrumpfung der Aortaklappen.

Das Rückenmark ergab: *graue Degeneration der Hinterstränge der ganzen Länge der Medulla hindurch.*

Dieser Befund benimmt alle diagnostischen Zweifel und er ist für die Zukunft der Prognose und Therapie der Tabes von grösster Bedeutung.

Er zeugt auf's Unwiderleglichste, dass der anatomische Befund der „grauen Degeneration“ als solcher gar nichts über die physiologische Leistungsfähigkeit der Hinterstränge aussagt.

Einmal bedeutet er: Zerstörung des Organs und ein anderesmal kann er bei nahezu vollständiger physiologischer Leistungsfähigkeit bestehen.

Ich habe diesen Satz mehrmals ausgesprochen und ich will auf die Prämissen von früher nicht zurückkommen; dieser Fall allein hat volle Beweiskraft für den zweiten Theil des Satzes und der erste wird ja von Niemanden bestritten.

Aus dieser Erfahrung geht aber hervor, dass graue Degeneration einerseits und ein therapeutischer Versuch und ein Erfolg anderseits sich nicht ausschliessen.

Ich werde seiner Zeit die Stücke des Rückenmarks, die mir überlassen wurden, näher bearbeiten und beschreiben. Heute will ich nur die Ergebnisse der Untersuchung von Zerzupfungs-Präparaten mittheilen.

Die Querschnitte der Nervenfasern liessen keine Abnormität deutlich erkennen und eine einzige zeigte eine concentrische Schichtung.

Die der Länge nach dargestellten Nervenfasern zeigten entweder überhaupt keine Abnormität oder solche nur stellenweise; andere waren in der ganzen zur Beobachtung kommenden Länge verändert. Diese Veränderung bestand vorzugsweise in krümmeligem Zerfalle des Faser-Inhaltes, der stellenweise die Faser ausbuchtete.

Wichtiger als diese Degenerationsbefunde waren aber jene der Regeneration. Im Centrum der krümmeligen Masse konnte man

feinste Fäden sehen. Besonders lehrreich war dieser Befund, wenn dieser feine Faden die centrale Fortsetzung des Faserinhaltes an einer Stelle bildete, wo dieser bis zum Beginne des Abgangs des Fortsatzes normal war und besonders, wenn die Nerven-Faser bald nach Beginne jenes Abganges der feinsten Faser abgeschnitten war. Dann war dieser unzweifelhafte Beginn eines sich regenerirenden Axencylinders ohne seine „Regenerations-Garnitur“ und man konnte diese feine Faser eine Strecke weit über die Nerven-Faser hinaus verfolgen.

An einer Faser konnte man aus dem relativ unveränderten Nervenfaser-Inhalte 4 neu gebildete feinste Fasern abgehen sehen, die auf dem andern Ende in einander verschlungen erschienen, etwa wie eine Tulpenfigur aus Draht am unteren Ende.

Die zelligen Gebilde erschienen durchgehends fettig infiltrirt und besonders lehrreich war dies an den spindelförmigen Zellen der Gefässe.

Facta loquuntur. Mögen wir auf dieselben hören, und nicht auf die dünkelhaften doktrinären Aussprüche Jener, welche glauben, die unzweifelhaften Resultate der Nervendehnung bei Tabes aus der Welt schaffen zu können, wenn sie mit grosser Selbstüberhebung ihre *ratio* höher achten, als jene der Natur.

Es wird Sie wohl interessiren, wenn ich Ihnen die Zahl der bis heute ausgeführten Operationen mittheile. Ich habe bis jetzt 23 Individuen operirt. Interessant war eine der letzten. Sie betraf einen veralteteten Fall von typischer progressiver Muskelhypertrophie (Typus von Duchenne). Es wurde der Ischiadicus der einen Seite gedehnt. Die Wunde war nach 5 Tagen vollständig geschlossen und es war zu meiner Ueberraschung sofort eine merkliche Besserung im Gebrauche beider Beine eingetreten.

Vale et fave.

Wien, 12/12, 81. Benedikt.

II. Referate.

16) **A. Kahan:** Der plexus brachialis und seine Beziehungen zu den Hauptnerven der Oberextremitäten und des Schultergürtels. (St. Petersburg 1881. 11 Holzschnitte. 57 pag. (Russisch).)

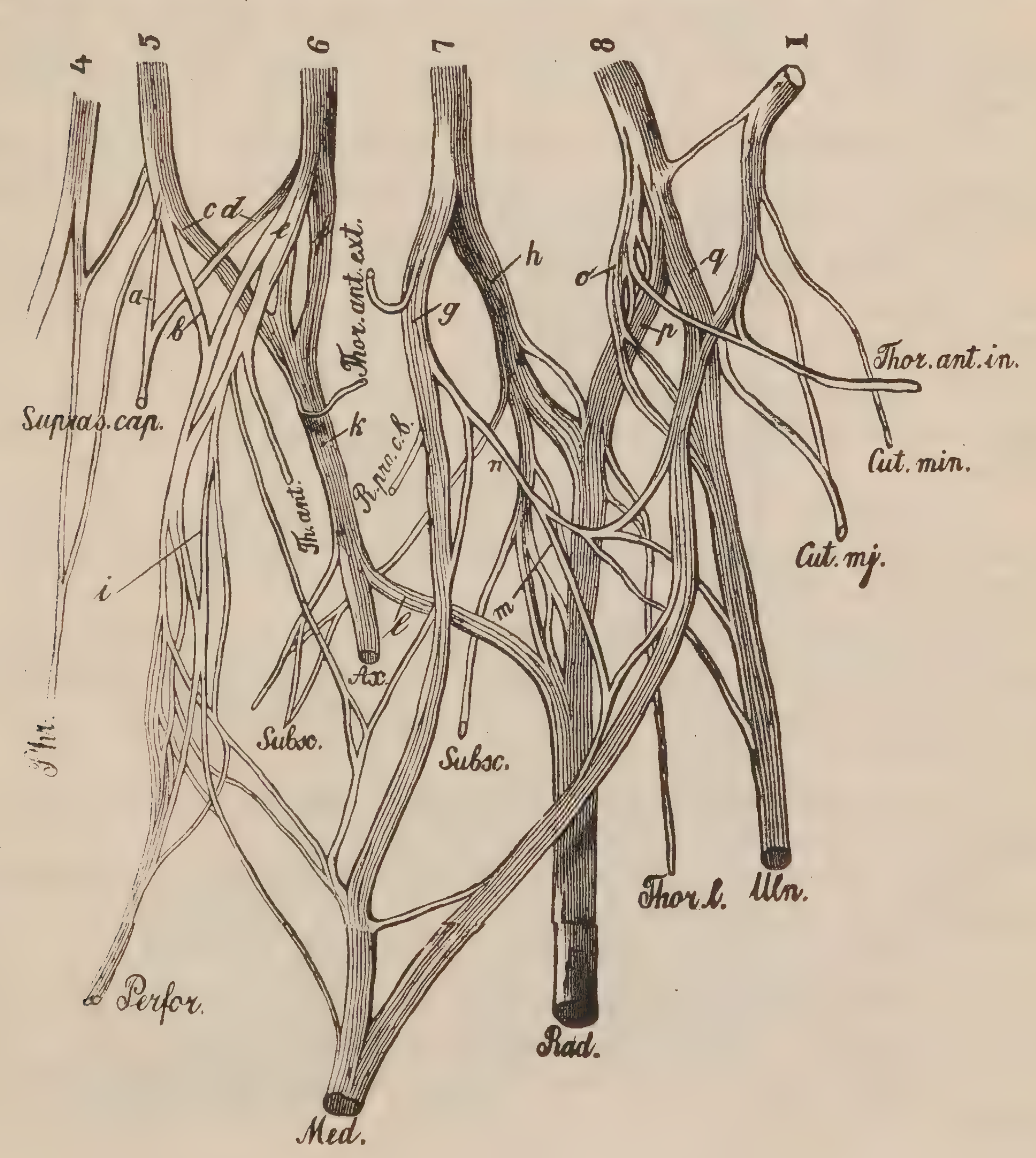
In Anbetracht der Bedeutung, welche das Armgeflecht für die Nervenpathologie hat, bringen wir das Referat über eine sehr fleissige und zu endgültigen Schlüssen führende Arbeit.

Der plexus brachialis hat zu verschiedener Zeit als Object für anatomische Untersuchungen gedient, welche aber oft zu widersprechenden Resultaten geführt hatten; der Verf. hatte sich zur Aufgabe gestellt, alle, auf diesen Gegenstand bezüglichen Angaben mit einander zu vergleichen und durch eigene Untersuchungen zu verificiren. Belehrt durch seine eigene Erfahrung über die Schwierigkeit der Präparation und der Isolirung der 5 betreffenden Spinalnerven (4 untere Cervical- und 1 Dorsalnerv) am Orte ihrer Anastomose, erleichterte sich Verf. seine Arbeit dadurch, dass er vorläufig das zwischen den Nervenbündeln und -Fasern befindliche Gewebe durch verschiedene

Flüssigkeiten auflöste. Am geeignetsten erschien ihm die Freud'sche Flüssigkeit, welche aus 1 Theil concentrirter Salpetersäure, 3 Theilen Wasser, einigen Tropfen rauchender Salpetersäure und 1 Theil Glycerin besteht; in diese Mischung werden die zu untersuchenden Theile auf einige Tage gelegt, dann auf schwarzen Wachstafeln ausgebreitet und unter Wasser, zuweilen auch mit der Loupe präparirt. Verf. kommt, gestützt auf 60 Präparate zu Ergebnissen, welche den von Walshe (the anatomy of the Brachial-plexus: Americ. Journ. of medic. sciences 1877 for October pp. 387—99) erzielten sehr nahe kommen, dass nämlich der Nerv. axillaris, entgegen der Ansicht der meisten Autoren nicht gemeinschaftlich mit dem N. radialis aus *einem* hintern Stamme des Geflechtes, sondern gesondert und selbstständig aus den hintern Aesten des 5. und 6. Cervicalnerven entspringt und nur zuweilen durch Zweige aus dem 7. Cervicalnerven verstärkt wird.

Verf. kommt in Folge seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1) Der *plexus brachialis* hat eine bestimmte Zusammensetzung und besteht aus 4, verschieden dicken Stämmen:



a) dem *äussern*, durch die Vereinigung der vordern Bündel aus den 5., 6. und 7. Halsnerven gebildeten,

b) dem *innern*, aus dem 8. Hals- und 1. Brustnerven entstehenden,

c) und d) *hinteren*, von denen der eine durch die hintern Bündel des 5. und 6. Halsnerven, der andere aber durch die hintern Bündel des 7. und 8. Halsnerven gebildet wird.

2) Der *N. perforans Casseri* kann nicht als Ast des N. medianus betrachtet werden, wie es Arnold thut.

3) Der *N. axillaris* sowohl, wie auch der *N. radialis* treten isolirt aus einem einzelnen hintern Stamme des Geflechts heraus.

4) Die *Nn. phrenici* verbinden sich zuweilen mit dem 5. Halsnerven und deuten auf diese Weise ihre Beziehungen zu einander an.

Die Ursprünge der Nerven der obern Extremitäten bestimmt Verf., auf seine Präparate gestützt, folgendermassen. (pag. 48 u. 49.)

N. cutaneus internus minor aus dem 1. Brustnerven.

N. cutaneus internus major hauptsächlich aus dem untern Zweige des 8. Halsnerven, durch Aestchen aus dem 1. Brustnerven verstärkt.

N. ulnaris hauptsächlich aus dem 8. Hals- und dem 1. Brustwirbel, durch ein Bündel aus dem vordern Zweige des 7. Halsnerven verstärkt.

N. medianus a) *äussere Wurzel* hauptsächlich aus den vordern Zweigen des 7. (mehr) und des 6. (weniger), schwach verstärkt durch den vordern Zweig des 5.

b) *innere Wurzel* hauptsächlich aus dem untern Aste des 8. Hals- und des 1. Brustnerven, erhält ein Uebergangsbündel aus dem vordern Aste des 7. Halsnerven.

N. Casseri hauptsächlich aus dem vordern Aste des 6., verstärkt durch Bündel aus dem 5., zuweilen auch aus dem 7. Halsnerven.

N. axillaris aus den hintern Aesten des 5. und 6. Halsnerven, zuweilen schwach verstärkt durch Bündel aus dem hintern Aste des 7. Halsnerven.

N. radialis hauptsächlich aus den hintern Aesten des 7. und 8. Halswirbels, wird bedeutend und constant verstärkt durch Bündel aus den hintern Aesten des 5. und 6. Halsnerven, sehr selten aus dem 1. Brustwirbel.

N. suprascapularis aus dem obern Aste des 5. und dem 6. Halsnerven, ausnahmsweise nur aus dem 5.

Nn. subscapulares a) *superior* aus dem hintern, vereinigten Stamme des 5. und 6. Halsnerven.

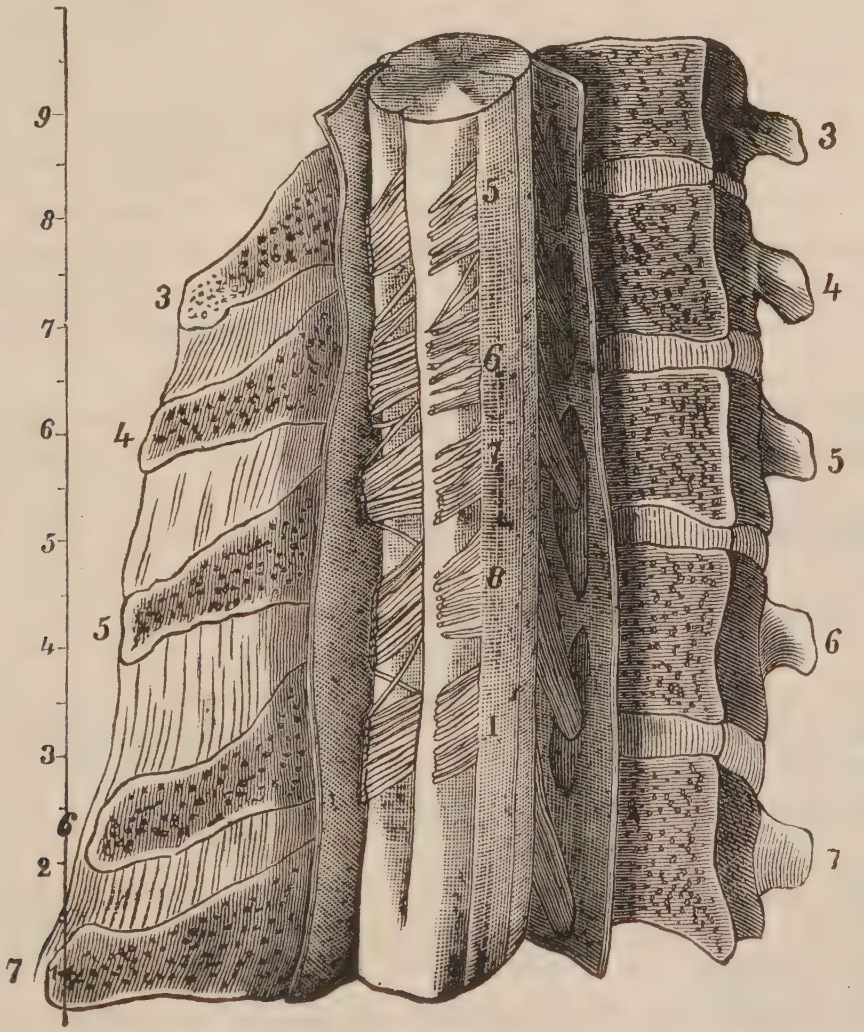
b) *inferior* aus dem hintern Aste des 7.

N. thoracicus longus aus dem hintern Aste des 7. und 8. Halsnerven, schwach verstärkt aus dem hintern Aste des 6.

N. thoracicus anterior internus aus dem 8. Hals- und 1. Brustnerven.

Diese, auf anatomischem Wege erhaltenen Resultate werden durch die von Ferrier und Yeo (Centralbl. für Nervenheilk. 1881 Nro. 9 p. 193) angestellten physiologischen Untersuchungen bestätigt.

Der andere Theil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem Verhältnisse der Wurzeln der 5 Grundspinalnerven (4 untere Halsnerven und 1 Brustnerv) zu den Dornfortsätzen und zu den Körpern der Halswirbel. K. fertigte zu diesem Zwecke an gefrornen Objecten derartige Präparate an, dass er gleichzeitig die Lage des Wurzelaustritts zu den Dornfortsätzen und den Wirbelkörpern bestimmen konnte. Er führte dann an den fixirten Objecten 3 Sägeschnitte in der Weise aus, dass zwei von ihnen parallel durch alle Körper der Wirbel in einer gewissen Entfernung von der Mittellinie gingen, der dritte aber alle Spitzen der Dornfortsätze durchschnitt; dann wurden der mittlere, durch das Sägen freigewordene Theil der Wirbelkörper mit seinem Zusammenhange und die eine Hälfte der durchsägten Dornfortsätze mit den proc. transversi und den Weichtheilen entfernt. Das Rückenmark mit seinen Wurzeln blieb auf diese Weise durch das liq. denticulatum und die Wurzeln der andern Seite mit dem Skelett im Zusammenhange; von jedem der 30 auf diese Weise angefertigten Präparate wurde eine Zeichnung auf einer darübergelegten Glasplatte angefertigt. Verf.'s Resultate nähern sich mehr denen Jodelot's, als denen Nuhn's und bestanden in Folgendem.



Verhältniss der Wurzelaustritte zu den proc. spinosi.

Der Austritt *des 5. Halsnerven* entspricht einer Stelle $^1/_2$ Ctm. oberhalb der Spitze des proc. spinos. des 3. Halswirbels.

„ „ *des 6. Halsnerven* entspricht dem Raum zwischen den Spitzen der Dornfortsätze des 3. und 4. Halswirbels, 2 Mm. oberhalb des proc. spinos. des 3. Halswirbels.

„ „ *des 7. Halsnerven* entspricht dem Raume zwischen den Spitzen der Dornfortzsätze des 4. und 5. Halswirbels, 6 Mm. oberhalb des proc. spinos. des 5. Halswirbels.

„ „ *des 8. Halsnerven* entspricht einer, 4 Mm. oberhalb des Dornfortsatzes des 5. Halswirbels gelegenen Stelle.

„ „ *des 1. Brustnerven* entspricht der Spitze des Dornfortsatzes des 6. Halswirbels, beinahe in der Mitte zwischen diesem und dem 5.

Verhältniss der Wurzelaustritte zu den Wirbelkörpern und den Zwischenknorpeln.

Der Austritt der Wurzeln *des 5. Halsnerven* entspricht dem Knorpel zwischen dem 3. und 4. Halswirbel und der obern Höhenhälfte des 4. Halswirbels.

„ „ „ „ *des 6. Halsnerven* entspricht der untern Höhenhälfte des 4. Halswirbels und dem Knorpel zwischen dem 4. und 5. Halswirbel.

„ „ „ „ *des 7. Halsnerven* entspricht dem Knorpel zwischen dem 5. und 6. und dem untern $^2/_3$ der Höhe des 6. Halswirbels.

„ „ „ „ *des 8. Halsnerven* entspricht dem Knorpel zwischen dem 5. und 6. und der oberen Höhenhälfte des 6. Halswirbels.

„ „ „ „ *des 1. Brustnerven* entspricht dem untern Drittel der Höhe des 6. Halswirbels und dem Knorpel zwischen dem 6. und 7. Halswirbel.

Die vorliegende Arbeit ist unter der Leitung des Prof. Landzert entstanden. Hinze (St. Petersburg).

---

17) **Benedikt** (Wien): Vorläufige Mittheilung über Nervendehnung. (Wiener med. Presse, 24. Juli 1881).

Weitere vorläufige Mittheilungen über Nervendehnung. (l. c. Nr. 39, 40, 41, 42, 45 und 47).

Verf. berichtet über 13 (und zwar bis auf eine) selbst ausgeführte Nervendehungen, von denen 7 auf klassische Tabesfälle entfallen. Nach Benedikt, kann die operative Behandlung eines Leidens nur von demjenigen ausgeführt werden, der die operativ zu behandelnde Krankheit wissenschaftlich beherrscht.

(Die meisten Nervenpathologen dürften wohl anderer Ansicht sein und die Operation auch in Zukunft getrost den Fach-Chirurgen überlassen. d. Ref.)

Die Erfolge die Verf. erzielte, waren in den meisten Fällen sehr

nennenswerth und zufriedenstellend. Ein grosser Theil der tabischen Symptome wurde durch die Nervendehnung günstig beeinflusst: Die Schmerzen, Paraesthesien, das Gürtelgefühl und die Anästhesien verschwanden — Ataxie und Blasenstörung besserten sich, ja sogar die Patellarreflexe sowie die Beweglichkeit der Pupille sah B. zurückkehren. „Die Operation verwandle einen schweren Fall von Tabes in einen leichteren und sozusagen einen veralteten in einen prodromalen, wo dann die gewöhnlichen in recenten Fällen im gewissen Grade wirksamen Therapien in Anwendung zu ziehen sind."

In den meisten Fällen wurde mehr als ein Nerv gedehnt. Mit Ausnahme des ersten Falles wurde stets nur schwach gedehnt. Die Gefahr für das Leben liegt eben in der Dehnung selbst. Dieselbe ist im Allgemeinen bei diffuser Neuritis centralis grösser als bei Hinterstrangssklerose und wächst die Gefährlichkeit der Operation überhaupt mit der Diffusion des Processes.

So starb dem Verf. ein Fall (Beob. 5) 9 Tage nach der Operation an reflectorischer Lähmung des Respirationscentrums.

In seiner ersten Mitth. hielt Verf. die Nervendehnungen noch für so wenig eingreifende Operationen, dass die Nothwendigkeit einer Wiederhohlung nach längerer Zeit gar kein Vorwurf ersten Ranges gegen die Operation genannt werden kann.

Statt des Lister'schen Verbandes gebraucht Verf. den v. Mosetig'schen Jodoformverband.

Von den 5 sehr sorgfältig verfassten Krankengeschichten möge die erste Beobachtung wegen der eclatanten Wirkung der Operation hier detaillirt mitgetheilt werden. (Auf sie bezieht sich die oben abgedruckte briefl. Mittheilung des Verf. an den Herausgeber.)

Kassier Adolph Schw. 39 J. alt — vor 15 J. Ulcus specif. — vor 5 J. Blasenkatarrh — 1877 Amaurose des linken Auges — später Lähmung des linken Abducens. Im Mai 1880 klagt Pat. über Formication, Pamstigkeit der Füsse, über Gürtelgefühl am Knie und leichte Ermüdung sowie zeitweilige incontinentia urinae.

Dezember 1880 rapide Verschlimmerung. Es kam auch zu part. rechtsseitiger Sehnervenatrophie (durch methodische Pilocarpininjectionen wurde das Sehvermögen von 20/50 auf 20/30 aufgebessert), weiter zu Anaesthesie der Beine zunehmender Spannung am Rumpfe, Gürtelgefühl in der Nabelhöhe und Ataxie, so dass Pat. Ende Mai 1881 nur mühsam mit 2 Stöcken gehen konnte. P. S. Reflexe verschwunden, Brach-Romberg'sches Symptom, Pupillenstarre, Obstipation, Blasenlähmung, hochgradige Phosphaturie sowie seit circa 10 Monaten Impotenz.

Am 3. Juni wurde der r. Ischiadicus gedehnt (Dr. Nedopil) und zwar so stark, dass sämmtliche vom N. peroneus versorgten Muskeln gelähmt wurden. Keine Reunio per primam und war die vollständige Vernarbung erst Ende August eingetreten.

Befund nach der Operation: Die tab. Schmerzen anfänglich noch sehr schwach vorhanden, bald aber schwanden sie vollständig. Wiederkehr der Sensibilität im nicht operirten Beine, hingegen Zunahme der Anästhesie im operirten während der nächsten 4 Wochen. Besserung der Pamstigkeit der Finger, Beseiti-

gung der lästigen Spannungen am Rumpfe und des Gürtelgefühles. Die Blasenlähmung und Phosphaturie verschwanden eine Woche nach der Operation. Am Ende der zweiten Woche geht Pat. ohne Stock mit geschlossenem Auge ohne deutliches Schwanken. Mitte Juli nimmt derselbe seine Functionen als Kassier wieder auf, um diese Zeit wird die galvanische Behandlung eingeleitet und gegen die bestehende Anämie Ferrum ordinirt. Anfangs August legt er schon Wegstrecken von 1½ Kilometer zurück.

Am 20. Sept. Der Kranke geht 4—6 Stunden herum und fühlt nur Ermüdung in den noch von der Operation her paretischen Muskeln, die ihre farad. Erregbarkeit verloren haben. Die Potenz — vor 1 J. erloschen — ist seit 4 Wochen zurückgekehrt. Die Sensibilität zeigt noch weitere Aufbesserungen.

Sehnenreflexe und Pupillenbeweglichkeit fehlen.

Müller (Graz).

---

18) **Schultze** (Heidelberg): Zur Frage von der Heilbarkeit der Tabes.
(Arch. f. Psych. XII. Bd. 1. Heft.)

Ein 43jähriger Pat. der im J. 71 unzweifelhafte Symptome vor Tabes bot, wurde bis zum Jahre 73 wiederholt mit dem galvanischen Strome behandelt. Bis auf das Fehlen der Patellarreflexe und eine Blasenschwäche mässigen Grades traten sämmtliche Krankheitserscheinungen zurück, und blieb der Zustand des Kranken ein unverändert guter bis zu seinem um Mitte 80 an einer accidentellen Krankheit erfolgten Tode. Der Sectionsbefund war kurz folgender: Diffuse Degeneration mittlerer Intensität der Hinterstränge im Lendentheil; Degeneration der äuss. Abschnitte der Keilstränge im Dorsaltheile, etwas weniger im Halstheile; geringfügiges Ergriffensein der Goll'schen Stränge. — Die Erwartung des Verf., dass wegen der stationären Beschränktheit der Affection auf so geringe Krankheitserscheinungen, die Läsionen an bestimmte Districte gebunden seien, erfüllte sich nicht, und ist es deshalb vorläufig nicht möglich das Bestehen kleinerer „Untersysteme" in den Hintersträngen zu deduciren. Das Fehlen der Patellarreflexe und die vorhandene Blasenschwäche lässt sich nur auf das Zumeistergriffensein der Lendenhinterstränge *als ganze* zurückführen. — — Auffällig sind an diesem Falle die ausgebreiteten Läsionen des Rückenmarks trotz der Geringfügigkeit der Symptome. Es war in *klinischem* Sinne nahezu eine Heilung erfolgt, während von einer Heilung in strengerem *anatomischen* Sinne nicht die Rede sein konnte. Dass das Vorkommen einer solchen — auch nach der neuerdings vielfach geübten Dehnung des Ischiadicus — äusserst problematisch sei, glaubt Verf. aus seiner Beobachtung schliessen zu dürfen.

Langreuter (Dalldorf).

---

19) **Kulenkampff** (Bremen): Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes.
(Berl. klin. W. Nro. 48.)

K. berichtet über einen sehr ungünstig verlaufenden Fall von Dehnung des Ischiadicus beiderseits, vorgenommen an einem tabetischen — übrigens schlecht genährten — Patienten. Gleich nach der Operation exacerbirten die früher schon vorhandenen Schmerzen in

der heftigsten Art, in den unteren Extremitäten, in den Lenden, im Rücken bis zum Hinterhaupt hinauf. — Ferner trat am 2. Tage ein Blasencatarrh ein, der zur Jauchung führte und am 18. Tage nach der Operation dem Leben des Kranken ein Ende machte. Bis dahin hatten die wüthendsten Schmerzen unverändert fortbestanden.

Auf die paralytischen und sensiblen Krankheitssymptome hatte die Nervendehnung keinen Einfluss.

Langreuter (Dalldorf).

---

20) **Julius Althaus** (London): Note on the relations between syphilis and locomotor ataxy. (Tabes und Syphilis.) (The Lancet 1881. 17, IX.)

Verf. hat 1000 Fälle von Nervenerkrankungen auf das Vorkommen von Syphilis in der Anamnese untersucht. Unter diesen 1000 waren 206 Epilepsie, 101 Neurasthenie, 77 Hemiplegie, 51 Neuralgie und 32 Ataxie mit völlig entwickelten Symptomen, die übrigen trafen auf Hysterie, infantile Paralyse, Chorea, Torticollis etc.

Syphilis fand sich in der Anamnese bei den 5 erwähnten Krankheitsformen in folgendem procentualen Verhältnisse: bei Ataxie in 90,6%, Neurasthenie 11,8%, Hemiplegie 6,2, Epilepsie 4,8 und Neuralgie 3,9%. Die Tabeskranken waren sämmtlich männlichen Geschlechts und im Alter von 21 bis 45 Jahren. Der Zeitraum, welcher zwischen der Syphilis und Tabes verstrichen war, betrug über 20 Jahre zweimal, 10 bis 20 Jahre 7 Mal, 2 bis 10 Jahre 19 mal und 18 Monate einmal.

In jedem Falle war aber noch eine oder die andere der gewöhnlichen Gelegenheitsursachen für Tabes nachzuweisen. Bezüglich des gegenseitigen Verhältnisses von Tabes und Syphilis spricht sich Verf. dahin aus, dass Syphilis nur eine Complication von Tabes sei, nicht Ursache derselben und dass Tabes als eine Krankheit „per se" zu betrachten. Verf. führt folgende Gründe für seine Ansicht ins Feld: Die Tabes sei unzweifelhaft in Europa viel älter als Syphilis. In zahlreichen Fällen besonders bei Frauen sei Syphilis auszuschliessen gewesen. Nur dann entwickle sich Tabes bei Syphilitischen, wenn dieselben auch neurotisch seien und die specielle Gelegenheitsursache einwirke. Jodkalium bleibe ohne Erfolg, während Nervina, wie Höllenstein, Ergotin, Electricität, Nervendehnung erfolgreich seien. Die gleiche Krankheit, Sclerose, komme in den Seitensträngen besonders bei jungen Frauen vor, ohne frühere Syphilis. Die Syphilis könne aber wohl die Ataxie nachahmen (imitate) wie sie auch die Iritis und den Lupus und andere Krankheiten nachahme, die klinischen Symptome der syphilitischen und nicht syphilitischen Tabes seien gleiche. Die Häufigkeit der Syphilis bei Tabes komme von der Häufigkeit der Syph. überhaupt bei Männern und von der Neigung der Krankheit locale subacute Entzündungen zu setzen, und der Neigung des Rückenmarks, in Systemen zu erkranken. (Nach Verf. sieht also die Krankheit im bestimmten Falle wohl aus wie Tabes, ist aber keine Tabes, sondern Syphilis.)

Karrer (Erlangen).

---

21) **A. Southam** (Manchester): On Nerve-stretching, with particulars of six cases. (Sechs Fälle von Nervendehnung.) (The Lancet 1881. 27. VIII. 8. X.)

Die 6 Fälle, über welche Verf. berichtet sind in Kürze folgende:

1. Bei einer 34jährigen Patientin, welche seit 23 Jahren an Torticollis links litt, dehnte Verf. den Nerv. accessorius. Die Krämpfe blieben nur einige Zeit aus, kehrten dann wieder, doch blieb Pat. im Stande den Kopf nach rechts frei zu bewegen. Eine Excision des Nerven, da er bei nochmaliger Dehnung zerriss, blieb ohne jeglichen Einfluss auf den Zustand.

2. Bei einem 14jährigen Knaben, welcher seit 10 Jahren an rechtseitigem, in Paroxysmen auftretenden Torticollis litt, wurde durch Dehnung des Nerv. accessorius ganz bedeutende Besserung erzielt.

3. Eine 59jährige Frau litt seit 2 Jahren nach einem heftigen Schrecken an linkseitigem clonischem Facialiskrampf. Dehnung des Facialis an der Austrittsstelle aus dem Processus mastoideus erzielte Aufhören des Krampfes und Lähmung. 5 Wochen nach der Operation begann dieselbe allmählich zu schwinden. (Der schliessliche Erfolg ist nicht angegeben. Ref.)

4. Bei einem 36jährigen Kranken, welcher die characteristischen Symptome der Lateralsclerose bot (spastischen Gang, verstärkten Patellarreflex und Fussphaenomen, Rigidität und Contractur der Zehenmuskeln, ungestörte Sensibiltät, aber heftige spontane Schmerzen im Leibe und in den Beinen) wurde der linke Ischiadicus gedehnt. Nach der Operation waren Patellarreflex und Fussphänomen sofort verschwunden. Vom 2. Tag an liessen auch die quälenden Schmerzen plötzlich und völlig nach. Das linke Bein wurde auch beweglicher als das rechte.

5. Die Dehnung des linken Ischiadicus bei einem 51jährigen Tabetiker erzielte nur allmähligen Nachlass der schiessenden Schmerzen, die übrigen Erscheinungen blieben unverändert.

6. Nach der Dehnung des rechten Facialis wegen klonischen Gesichtskrampfes trat vorerst wieder die Lähmung ein; welche aber unter Anwendung des Inductionsstromes ziemlich rasch schwand, ohne dass der Krampf wiedergekehrt wäre.

Karrer (Erlangen).

---

22) **Billroth** (Wien): Subcutane Nervendehnung. (Allgem Wien. Med. Z. — Allg. Med. Centr. Zeit. 1881. 100.)

Die Dehnung des Nerv. ischiadicus wird in der Rückenlage des Patienten in der Weise ausgeführt, dass bei gestrecktem Kniegelenke der Oberschenkel einigemal so stark als möglich dem Oberkörper genähert wird. Versuche an der Leiche ergaben, dass durch diese Hyperflexion im Hüftgelenke eine sehr ausgiebige, subcutane Dehnung der Nerven erzielt wird.

Ein 40jähriger Patient, welcher früher nur mit vorgebeugtem Oberkörper sich dahin schleppen konnte und nach jedem dritten Schritte stehen bleiben musste (Ischias?) kann, nachdem er in oben angegebener Weise „gedehnt“ worden, nun ungehindert gehen, laufen und Treppen steigen.

---

23) **Nothnagel** (Jena): Experimentelles über die Beeinflussung der Reflexe durch Gehirnverletzungen. (Zeitschrift f. klin. Medicin III. B. 1. H.)

Zur Prüfung der Frage ob im Gehirn der Warmblüter Hemmungsmechanismen für Reflexvorgänge bestehen nach Art der von Setschenow für das Froschhirn behaupteten, stellte N. eine Reihe von Versuchen an, deren Detail im Original nachzulesen ist. Das Ergebniss derselben war negativ, es konnte weder eine Unterdrückung noch eine wesentliche Verminderung der Reflexe bei Verletzungen des Gehirns (Hemisphären mit Einschluss der Vierhügel) constatirt werden. Nur bei einer Versuchsreihe war eine kurz währende Hemmung der Reflexe nachweisbar, wenn nämlich durch Injection einer Paraffinmischung ins Gehirn eine allgemeine intracranielle Drucksteigerung mit Bewusstseinsverlust etc. herbeigeführt war.

Eickholt (Grafenberg).

---

24) **Buch** (Helsingfors): Ueber die Behandlung der Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute mit Hautreizen. (Arch. f. Psych. XII. Bd. 1. H.)

Verf. glaubt, dass der früher viel angewendete Baunscheidtismus mit Unrecht in Misscredit gekommen ist. Hauptsächlich verdient das Verfahren angewendet zu werden bei Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute. Es werden mit dem bekannten Apparat von der Haargrenze ab nach unten 5—7 senkrechte Reihen, jede zu 18—20, Pustelgruppen etablirt. Statt des mysterischen Baunscheidtschen Oeles verwendet der Vf. ein Gemisch von Ol. terebinth. gallic. mit Ol. Croton. Tiglii zu gleichen Theilen. In 5 Fällen von Hyperämie des Gehirns (jahrelange hartnäckige Kopfschmerzen, Schwindel, Flimmern vor den Augen) wurden durch die genannte Behandlung überaus günstige Resultate erzielt.

Zwei fernere Fälle wurden mit ebenso promptem Erfolge durch Einreibung von Tart. stib.-Salbe (1: 3 Fett) auf die Stirn bis zum Scheitel hinauf behandelt, — Die Erklärung des Erfolges liegt darin, dass — wie von verschiedenen Forschern (Haidenhain, Naumann, Schüller) experimentell nachgewiesen, durch Hautreize eine Reizung des Gefässnervencentrum in der med. oblong. bewirkt wird. Dadurch entsteht eine erhebliche Beschleunigung des Blutstroms, die Peripherie des Körpers erhält in der Zeiteinheit mehr Blut; es findet also eine Erhöhung der Temp. der Peripherie, eine relative Erniedrigung der Innentemperatur statt. Ferner ist nachgewiesen, dass die Pia-Gefässe nach anfänglicher Erweiterung stark und dauernd verengert werden, also eine Herabminderung der Gehirnhyperämie eintritt. Bedingung ist, dass die Hautreize mittleren Grades sind, wie sie etwa beim Baunscheidtismus stattfinden, da bei übermässigen Reizen das umgekehrte: Schwächung der Herzthätigkeit, Verlangsamung des Kreislaufs, Erweiterung der Gefässe eintritt. — Neben dieser Reflexwirkung muss den Hautreizen durch Bewirkung einer peripheren Congestion ein depletirender Einfluss auf die benachbarten inneren Organe zugestanden werden.

Langreuter (Dalldorf).

---

25) **Thomas Simpson:** Note of a case of tetanus. (The Lancet 1881 27. VIII.)

In dem tödlich endenden Falle ist bemerkenswerth die beträchtliche Menge Chloral, welche ohne Schaden jedoch auch ohne Erfolg gereicht wurden.

Patient nahm am 2. Tag der Erkrankung (9 Tage nach ausgedehnter Handverletzung) alle 2 Stunden 20 gran Chloral, vom 3. auf den 4. Tag 480 gran in 24 Stunden, am 4. Tage wurden noch zwischen den stündlichen Dosen von 20 gran halbstündlich 5 gran gegeben. Am 5. Tage ging man auf die Hälfte Chloral zurück, nachdem die Anfälle schwächer und seltener geworden waren. Der 6. Tag brachte Collaps und Tod.

Karrer (Erlangen).

---

26) **M. Bernhardt** (Berlin): Einige Beobachtungen über das Längenwachsthum der Nägel bei Gesunden und Nervenkranken. (Virchow's Archiv f. path. Anat. etc. Bd. 86. 1881. Sep.-Abdr.)

Im Anschluss an die in seinem Werke über die Folgen von Nervenverletzungen gemachten Mittheilungen von Weir Mitschell über die nach solchen Läsionen auftretenden Veränderungen im Längenwachsthum der Nägel theilt B. einige dahin gehörige Erfahrungen mit, die theils an Gesunden theils an Kranken gemacht sind. Die Bestimmung des Längenwachsthums wurde in der Weise vorgenommen, dass die nach einer Reihe von Tagen stattfindende Zunahme der Entfernung eines wagerecht über die Mitte des Nagels gezogenen Höllensteinstriches von der Nagelwurzel möglichst genau gemessen wurde. Es zeigten sich schon bei Gesunden grosse Schwankungen; „der Nagel braucht, „um die gleiche Grösse zu wachsen, einmal 10, das andere Mal 5 oder „6 Tage, ja er wächst auch mal einige Tage überhaupt nicht", man kann aber B. zufolge für ein Längenwachsthum von 1 mm im Allgemeinen einen Zeitraum von 6—12 Tagen annehmen.

Auch bei Kranken zeigten sich ähnliche Differenzen in den Beobachtungen. Solche wurden an 6 Patienten angestellt, von denen 4 an peripheren Lähmungen litten — 2 Schnittverletzungen des n. ulnaris, 1 gleiche an einigen Aesten des n. medianus, 1 Schussverletzung der nn. medianus und ulnaris —, 2 dagegen hemiplegisch gelähmt waren. In allen Fällen wurden die Beobachtungen über das Nagelwachsthum gleichzeitig an einem von der Lähmung betroffenen und an dem entsprechenden Finger der gesunden Seite angestellt. Es ergab sich Folgendes: Bei den 4 peripheren Lähmungen war in 2 Fällen die Wachsthumsenergie an dem Nagel der kranken Seite eine geringere, in einem Falle eine grössere und in einem eine ganz gleiche wie an dem entsprechenden der gesunden Seite. Jede Beobachtung aber zeigt im Einzelnen wiederum ähnliche Schwankungen in den verschiedenen Zeiträumen wie dies von dem gesunden Nagel bereits angegeben wurde. Die beiden cerebral Gelähmten zeigten während der Beobachtungszeit der Eine ein etwas langsameres, der Andere ein bedeutend schnelleres Wachsthum des Nagels auf der kranken Seite.

B. schliesst aus seinen Beobachtungen, „dass sich *bestimmte* „Regeln für die Schnelligkeit des Nagelwachsthums und die Ab-

„hängigkeit desselben von Erkrankungen der peripherischen Nerven „oder des Gehirns *nicht* aufstellen lassen „und" dass das Nagelwachs- „thum von dem Einfluss der die Finger und das Gewebe der Nagel- „betten innervirenden Nervenäste relativ unabhängig ist."

Dies stimmt nicht ganz überein mit den in vorliegender Abhandlung wiedergegebenen Aussprüchen Weir Mitchell's, der nach Nervendurchschneidung in den meisten Fällen nach einiger Zeit eine Verlangsamung des Nagelwachsthums, niemals aber einen vollständigen Stillstand beobachtet hat, während dies bei cerebralen Lähmungen immer der Fall sein soll. Erst bei Wiederkehr der Motilität in den Fingern soll auch der Nagel wieder wachsen, aber lange Zeit hindurch in geringerem Maasse als auf der gesunden Seite.

Dehn (Hamburg).

---

27) **Wernicke** (Berlin): Ein Fall von Schädeltrepanation bei Hirnabscess. (Vortr. in d. Berl. med. Ges. am 30. XI. 1881, Deutsch. m. Z. Nro. 49. 1881.)

Verf. theilt hier denselben Fall mit, der schon auf der Naturforsch.-Versammlung zu Salzburg so grosses aber durchaus gerechtes Aufsehen gemacht hatte. Die bewundernswerthe Sicherheit der Diagnose streitet mit der Kühnheit der Operation, welche jene bestätigte, um die Palme des Ruhmes — sie gebührt beiden.

Erlenmeyer

Pat., ein 45jähriger Kaufmann, litt vor 8 Jahren an Lungenphthise mit Hämoptoe; Heilung. Anfangs März d. J. plötzlich linksseitiger nicht sehr intensiver Kopfschmerz, unregelmässig, anfangs mit Funkensehen, später Wolke vor dem rechten Auge. Gewisse Affektion des Allgemeinbefindens: der Kranke ist schwach und matt, hat krankhafte Gesichtfrarbe, magert ab. Mitte Juni klimatische Kur in der Schweiz; erfolglos. Gesteigerte Störung des Sehvermögens: die rechten Hälften beider Gesichtsfelder sind für Licht ganz unempfindlich. Bald darauf Ungeschicklichkeit der rechten Hand und Störung in der Beweglichkeit des rechten Beins, besonders beim Gehen; ausserdem zuweilen leichtes Frösteln. Die Störungen der Ernährung nehmen so zu, dass Pat. bettlägerig wird. W. stellt schon am ersten Tage der Konsultation die *Diagnose auf Hirnabscess.* Innerhalb der folgenden 8 Tage bildet sich die geringe Parese der rechten Extremitäten in rechtsseitige Hemiplegie mit Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen aus; die übrigen Sinneswahrnehmungen sind erhalten. Eigenthümlich ist der schnelle Entwicklungsgang innerhalb weniger Tage. Das Muskelgefühl in mässigem Grade affizirt; Berührungs- und Schmerzgefühl anfangs erhalten, später absoluter Verlust der Sensibilität mit Einschluss des unteren Gebietes des Facialis; das obere absolut intact. *Allgemeinerscheinungen:* Der Kranke macht anfänglich gleich den Eindruck eines fiebernden Typhuskranken, schläft Nachts nicht ruhig, hat Fröste, subjectiv das Gefühl der Beklemmung und Oppression. Erweckt man den Kranken aus seiner leichten Somnolenz, so hat man es mit einer vollkommen freien Intelligenz zu thun. — Die Hauptschwierigkeit war die *Differentialdiagnose* von zwei anderen Krankheitsprozessen: *Hirntumor* und *Hirnerweichung.* Klar war, dass es sich um eine chronische Herdaffection handelte. Für die Diagnose war Folgendes massgebend. Die *chronische Gehirnerweichung* ist eine langsam verlaufende Störung der Funktion fasst ohne Allgemeinerscheinungen. Der

Hirntumor bildet den Gegensatz dazu: er ist von vielen Allgemeinerscheinungen begleitet. Die Differenz zwischen Tumor und Abscess lässt sich am besten so veranschaulichen: der Tumorkranke fühlt sich viel kränker, der Abscesskranke ist es in der That. Bei Tumorkranken ist Somnolenz nicht vorhanden. — Unter Dr. Hahn's Leitung am 4. August *Trepanation* am oberen Quadranten des hintern Scheitelbeins. Sehr weiche matsche Hirnsubstanz ohne Pulsation. *Entleerung von drei Esslöffeln gut richenden Eiters;* zugleich Beginn der Pulsation des Gehirns. Die Abscesshöhle ist hühnereigross. Lister'scher Verband, Drainrohr. In den nächsten 4—5 Tagen deutliche Besserung des Allgemeinbefindens. Beklemmung und Schlafsucht verschwunden, guter Appetit; Schwinden der Facialislähmung, geringe Beweglichkeit des rechten Arms und Beins. Am 5. Tage nach der Operation plötzliche Verschlimmerung, Schüttelfrost, vollständige Bewusstlosigkeit, Tod am 16. August. Wunde von Anfang an völlig aseptisch. *Sectionsbefund:* Der Abscess erstreckte sich durch das Mark des Scheitels bis über den Occipitallappen und war nur an einer Stelle der Rinde durchgebrochen, die er sonst nirgends erreichte. Die Abscess-Membran zeigte tuberculöse Granulationen. Der Befund eines tuberculösen Abscesses steht bisher einzig da, ist aber wahrscheinlich öfter übersehen worden. W. zweifelt nicht, dass die Operation in andern Fällen günstigere Chancen bietet, wenn man es nicht mit so unglücklichen Komplikationen zu thun hat.

---

28) **Dickinson:** Hemiopia. Mechanism of its causation on the theory of total decussation of the optic nerve fibres in the optic tracts at the chiasma. (Hemiopie — Totale Kreuzung im Chiasma). (The Alienist & Neurol. Vol. II. pag. 51 ff. & pag. 156 ff.)

D. bringt keine Originaluntersuchungen, sondern sucht nur an der Hand der einschlägigen Literatur den Beweis zu führen, dass die Kreuzung im Chiasma nerv. opt. eine totale ist, und erklärt den Mechanismus der die Hemiopie veranlassenden Ursachen auf Grund dieser Theorie. Er führt zunächst aus, dass die Theorie der partiellen Kreuzung eine rein hypothetische ist; dagegen sei die totale Kreuzung jetzt nach den von ihm genannten physiologischen wie klinischen Untersuchungen, durch die vergleichende wie mikroskopische Anatomie als die thatsächlich vorhandene festgestellt.

Die nächste Ursache der Hemiopie ist entweder Unempfindlichkeit der Retina für Lichteindrücke oder ein Hinderniss, das die letzteren nicht zum cerebralen Centrum gelangen lässt. Die Endursache muss nach der Theorie der totalen Kreuzung an einem der vier Winkel des Chiasma einwirken und ist ein direkter oder indirekter Druck; von dem Grade seiner Einwirkung hängt der Grad der Beeinträchtigung der Sehschärfe, von dem Orte der Einwirkung die Form der Hemiopie ab. Der Druck selbst nun kann veranlasst sein durch Ergüsse und Tumoren verschiedener Art, durch Aneurysmen und Hydrops der Ventrikel.

Nachdem D. dann zu den verschiedenen Formen der Hemiopie, zur bilateralen, temporalen und nasalen mehrere anderweitig veröffentlichte Fälle angeführt hat, formulirt er seine Schlüsse folgendermassen:

1. Erkrankung des einen tract. opt. führt totale Blindheit am Auge der anderen Seite, nicht bilaterale Hemiopie herbei.

2. Störungen, die ihren Sitz in einem der seitlichen Winkel des Chiasma haben und dabei die hier ein- und austretenden Nervenbündel afficiren, führen zu bilateraler Hemiopie und nicht zu nasaler Hemiopie des einen Auges.

3. Störungen, die in der Medianlinie im hinteren Winkel des Chiasma Platz greifen und so die Nervenbündel beider Tracti afficiren, führen zu der nasalen Hemiopie, einer Form, die sich durch die Theorie der Semi-decussatio gar nicht erklären lässt.

4. Störungen vorne am Chiasma veranlassen entsprechend temporale Hemiopie. Wähner (Creuzburg).

---

29) **Weil** (Stuttgart): Beitrag zur Lehre von den Ohrgeräuschen. (Sep.-Abd. aus der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc." Nro. 11. 1881.)

In Nro 6 des Jahrganges 1878 der Monatsschrift für Ohrenheilkunde machte Verf. auf die interessante, jetzt wohl vielseitig constatirte Thatsache aufmerksam, dass stossweisse Lufteinblasungen gegen die Gehörgangswandungen sehr viele Ohrgeräusche beruhigen oder sistiren, andere steigern, wieder andere gar nicht beeinflussen.

Er erklärte diese Wirkung des Einblasens als Folge einer Reflexreizung der vasomotorischen Nerven des Ohres.

Später in Nro. 5 des Jahrganges 1879 der Monatsschrift, führte er zur Stütze dieser Erklärung an, dass oft auch Beblasen der Muschel, die Berührung mit einem kalten Speculum oder einer kalten Sonde ebenso wirke, dann sprach er von einem Experiment mit Amylnitrit, dass oft bei Beginn der Inhalation derartige Geräusche steigerte, was dann durch Beblasen rasch wieder sistirt werde.

Das Beblasen hilft auch öfter in Fällen, in denen auch das Politzer'sche Verfahren die Geräusche momentan aufhören machte.

Wie Verf. nun im Laufe der Zeit erprobt hat, wirkt in den betreffenden Fällen auch die locale Anwendung der verschiedensten Mittel, so Chloroform, Aether, ätherische Oele, Electricität etc.

Dass die angeführten Mittel, wenn auch graduell verschieden, doch wie das Beblasen wirken, lässt sich leicht beweisen: Die Wirkung des Beblasens wird durch sie, wenn sie auf das Beblasen hin sofort angewandt werden, gesteigert, d. h. für längere Zeit festgehalten, als dieses ohne die Combination der Fall ist.

Interessant ist, dass in einzelnen Fällen, bei welchen der constante Strom für sich wenig wirkte, die Combination des Stromes mit dem Beblasen die Geräusche auf Stunden beruhigte.

Bei der Wirkung der Electricität ist überhaupt mehr an die Wirkung auf die vasomotorischen Nerven, als auf den Acusticus zu denken. Die Thatsache, dass in manchen Fällen das Beblasen ebenso wie der Strom wirkt, spricht für diese Ansicht.

Verf's. Beobachtung ist der Türk'schen*) — Wirkung des Druckes auf den Proc. mastoid. und den obersten Halswirbel gegen Geräusche — analog. Er möchte den Satz aufstellen:

---

*) S. Türk: Spinalirritation.

Die Geräusche, die durch Beblasen sistirt werden können, sind Blutgeräusche.

Denn suchen wir eine Erklärung für die Wirkung des Beblasens und der sonstigen genannten Mittel, so können wir nur an die Reflexwirkung auf die vasomotorischen Nerven des Ohres denken.

Dass locale Reizung des Gehörganges, z. B. die Berührung mit einer kalten Sonde, nicht auf den Acusticus, auf dessen Irritation die Ohrgeräusche so vielfach zurückgeführt werden, wirken kann, scheint sicher zu sein. Dagegen ist die Einwirkung der Hautreize auf den Contractionszustand der Gefässe ausser Zweifel.

Dass in der That beim Beblasen der Sympathicus gereizt wird, dafür spricht die schon häufig constatirte Thatsache, dass auf das Beblasen hin die *Pupillen* sich *erweitern*.*)

Die Pupillendilatation kann in diesen Fällen blos von Sympathicusreizung herrühren. Und dass der Sympathicus die Ohrgefässe innervirt, ist durch die Untersuchungen von Prussak**) und neuerdings von Berthold***) sichergestellt. Auch die Untersuchungen von Katyschew und Dobrotworsky†) beweisen das: Nach ihnen erblasst unter dem Einfluss der Faradisation des Halssympathicus die entzündliche Röthe des Trommelfelles und des Mittelohres: zugleich verschwinden Schmerz, Ohrensausen.

Dass die betreffenden Ohrgeräusche Blutgeräusche sind, dafür scheint auch die Beobachtung des Verf. zu sprechen, dass — wie das Beblasen — auch tiefe Inspiration die Geräusche sistirt, während Exspiration sie wiederbringt.

Nun hat sich bei längerer Beobachtung ergeben, dass es sich bei den Fällen, in denen das Beblasen nichts hilft, nicht blos um herabgesetzte Sensibilität des Gehörganges handelt, sondern noch ganz andere Gründe mit eine Rolle spielen.

Sind die Geräusche durch Körper im Gehörgange, Ohrenschmalzpfröpfe etc. verursacht, so sistirt das Beblasen sie selten. Ebenso hilft es wenig, wenn starke Vorlagerungen der hintern Parthien des Trommelfells an den Geräuschen Schuld tragen. Bei einfacher hinterer Falte wurde das Sausen meistens leicht sistirt, während bei stärkerer Exsudatansammlung die Geräusche gewöhnlich nicht aufhören. In 2 Fällen von pulsirenden Geräuschen, die dem Puls isochron waren, war der Einfluss des Beblasens ein negativer.

Geräusche, die in Folge von Labyrintherschütterung entstanden waren, erhielten sich in mehreren Fällen unverändert; in einem Fall sistirte das Singen, das sich in Folge eines Sturzes neben beinahe voll-

---

*) Diese Veränderung ist am besten zu sehen, wenn der zu Untersuchende mit dem Rücken gegen das Licht sitzt.

**) Prussak: Zur Physiologie und Anatomie des Blutstromes in der Trommelhöhle. (Sitzung der k. sächs. Gesellschaft der Wissenschaften vom 9. Mai 1868.)

***) Berthold: Experimentelle Untersuchungen etc. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde Bd. 10, Heft 3.

†) St. Petersburger Wochenschrift Nro. 5, 1880.

ständigem Gehörverlust eingestellt hatte, auf das Beblasen. Ebenso wurde in einem Fall von Menière'schem Symptomencomplex das Geräusch vollständig für eine Zeit lang durch das Beblasen beseitigt. Das Sausen kündigte hier den Anfall, der mit Schwindel, stark herabgesetztem Gehör, Erbrechen einherging, aber keine Spuren hinterlies — auch das Gehör stellte sich wieder ein — einige Tage vorher an und dauerte, bis der Anfall vorbei war.

In manchen Fällen wurden verschiedene Geräusche angegeben; das eine schwand auf das Beblasen, das andere nicht.

Uebrigens bemerkt Vf. ausdrücklich: es sind sicher auch unter den Geräuschen, die sich nicht durch Beblasen beeinflussen lassen, Blutgeräusche.

Manchmal ist mit dem Beblasen Vorsicht nöthig, so trat bei einem Manne von 75 Jahren, jedesmal beim Beblasen Schwindel ein. Nicht selten stösst man auch auf Patienten, bei denen das Geräusch auf das Beblasen hin viel stärker wiederkehrt.

Erlenmeyer.

III. Verschiedene Mittheilungen.

30) Aus Dresden. In der Sitzung der *Ersten Kammer* vom 4. Januar d. J. wurde der durch Königliches Decret vorgelegte Gesetzentwurf, betreffend *die Entmündigung u. die Bevormundung Geisteskranker, Gebrechlicher und Verschwender* (Referent: Präsident v. Criegern) berathen. Dieser Gesetzentwurf bezweckt, das dem *französischen* Rechte eigenthümliche und nach dessen Vorbilde in der Gesetzgebung verschiedener deutscher Staaten recipirte Rechtsinstitut der Entmündigung auch in das sächsische Recht aufzunehmen und so die auf das Entmündigungsverfahren sich beziehenden Vorschriften der deutschen Civilprocessordnung auf das Königreich Sachsen anwendbar zu machen. Dieser Zweck wird erreicht durch die Einfügung zweier neuer Paragraphen, 81a. und b., in das bürgerliche Gesetzbuch, entsprechende Abänderung der in Theil IV. Abth. II. unter I. und II. (§§. 1981. bis 1989.) des bürgerlichen Gesetzbuchs enthaltenen, die Vormundschaft über volljährige Geisteskranke, Gebrechliche und Verschwender betreffenden Vorschriften und Aufhebung des §. 2069 des bürgerlichen Gesetzbuchs. Die Deputation beantragte die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs. In der an den Deputationsbericht sich anschliessenden Debatte führte Senatspräsident Degner aus, dass man auch ohne Aenderung des bestehenden Rechts und ohne Einführung französischrechtlicher Grundsätze ausgekommen sein würde, ein Eingriff in das System des bürgerlichen Gesetzbuchs sich also hätte vermeiden lassen, dass er aber aus praktischen Rücksichten sich der Deputation angeschlossen habe. Nachdem Staatsminister Dr. von Abeken einzelnen Aeusserungen des Vorredners entgegengetreten war und die Gründe, welche zur Vorlegung des Gesetzentwurfes Veranlassung gegeben, dargelegt hatte, *wurde der Gesetzentwurf unverändert genehmigt.*

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, Provincial-Irren-Anstalt, Volontairarzt, (Preusse), 600 Mark, freie Station. 2) Grafenberg (Düsseldorf), Volontairarzt sofort; 600 M., fr. Stat. 3) Dalldorf (Berlin), 2 Volontairärzte, baldigst, 600 M. fr. Stat. Meldungen an das Curatorium der Irrenanstalt

der Stadt Berlin. 4) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 5) Leipzig (Irrenklinik), 2. Assistenzarzt; 1500 Mark, freie Station. Meldungen an Professor Dr. Flechsig. 6) Hildesheim, Prov.-Irr.-Anst., provis. Hilfsarzt, 900 M., fr. Stat. 7) Leubus (Prov.-Irren-Anstalt). a) Volontairarzt, 450 M. bei fr. Stat. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht, b) Dritter Arzt, sofort, 1200 M., Kost der Pensionäre, Wohnung, Heizung und Beleuchtung. 8) Owinsk, a) 1 Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 9) Allenberg (Ost-Preussen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M., fr. Stat., b) Assistenzarzt, 1. Februar, 1200 M.. fr. Stat. 10) Schwetz, Volontairarzt. 11) Königslutter, 2. Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. I. Classe. 12) Eberswalde, 1. Assistenzarzt, sofort, 1500 M., fr. Stat. 13) Die Kreisphysicate: Bolkenhain (Liegnitz), Deutsch-Krone, (Lyk), Wohlau (Breslau).

Ernannt. Der Oberarzt der Local-Irrenanstalt St. Getreu zu Bamberg, Bezirksarzt Dr. Roth zum Kgl. Krankenhaus-Director. An dessen Stelle, als Oberarzt der Irrenanstalt Herr Dr. Zinn. Dr. Geronne, Kreisphysicus in Daun zum Phys. des Kreises Cleve.

Todesfall. Geh. San.-Rath Dr. Mecklenburg, Kreisphysicus in Deutsch-Krone.

V. Mittheilung der Redaction.

Prof Domansky in Krakau. Sie sandten vor. Jahr 15 M., dieses Jahr 10 M. = 25 M. Stimmt ganz genau für 2 Jahrgänge à 12½ M. incl. Porto. Besten Gruss. Dr. Althaus in London. Ich bitte um Angabe Ihrer genauen Adresse.

VI. Anzeigen.

Druckfehler.

Auf Seite 5, Zeile 14—15 (Nr. 1 des Centralblattes) ist statt: „Variationen nicht getrennter Arten" zu lesen: „Variationen, nicht getrennte Arten."

Seite 541 (1881) lies: „Bernhardt" statt „Behrend".

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Coblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. Februar 1882. Nro. 3.

INHALT.

I. Originalien.

Ein Fall von spontaner Heilung der Epilepsie.

Von

Sanitätsrath Dr. JULIUS SPONHOLZ in Jena.

Die Mittheilung des nachstehenden Falles vermehrt zwar die schon so riesengross angeschwollene und jährlich noch mehr anschwellende Literatur über *Epilepsie*, aber die bisherigen geringen Erfolge der Heilkunst und mehr noch die nicht gelöste Frage über den Ausgangspunkt der Krankheit mögen dieselbe entschuldigen, vielleicht ihr einige Berechtigung gewähren. So lange eine sichere, auf Erfolg Aussicht verheissende Behandlung einer so häufigen und so tief in das Leben des Einzelnen eingreifenden Krankheit nicht gefunden ist, so lange wird jeder unbefangen beobachtete und in seinem Verlauf genauer verfolgte Fall das Interesse des Praktikers erregen, und bei dem vorliegenden dürfte das vielleicht um so mehr der Fall sein, als es sich um eine *spontane Heilung* handelt.

Diese Fälle sind sehr selten. „Es giebt sehr vereinzelte Fälle von Naturheilung, in denen das Leiden ohne jede Behandlung verschwindet; man rechnet 4 bis 5 auf 100“ sagt Nothnagel,[1]) der Ansicht Hufelands sich anschliessend; Berger[2]) äussert sich dahin: „die definitive Heilung einer echten und reinen Epilepsie gehört zweifellos zu den seltenen Ausnahmen.“ Ferrand[3]) behauptet direkt, eine Spontanheilung der Epilepsie komme nicht vor.

Die der Krankheitsbeschreibung angeknüpften kritischen Bemerkungen sollen die Auffassung als *Naturheilung durch beschleunigtes Wachsthum* zu begründen versuchen. Vielleicht tragen sie dazu bei, die Aufmerksamkeit competenterer Beobachter und Forscher auf das noch dunkle Gebiet des Einflusses normaler, physiologischer Entwicklungsvorgänge auf pathologische Processe zu lenken. Bei der Durchsicht der Literatur ist weder bei Nothnagel, noch bei Berger ein Hinweis auf beschleunigtes Wachsthum mir aufgestossen.

Der 10jährige feine, zwar kleine, aber regelmässig gebaute Knabe aus einer vornehmen, fein gebildeten Familie erkrankt an Magenbeschwerden, Erbrechen und Durchfall bei fortbestehendem Appetit, die seine Rückkehr vom Gymnasium auf das Land zu den Eltern herbeiführen, „weil keine Speise mehr vertragen ward.“

Aus der früheren Kindheit bemerke ich, dass er an Diphtheritis und in seinem 7. Jahre schon einmal einige Wochen an Kopfweh mit Erbrechen, was man als Migraine ansah, gelitten. Morgens zwischen 4—5 Uhr im Bett erwachte er mit Kopfweh; wenn er Erbrechen hatte verliessen ihn die Schmerzen, er schlief dann mehrere Stunden, erwachte ganz munter und ohne jegliche Beschwerde. Chinin wirkte günstig. Die folgenden 3 Jahre vom 7.—10. Jahre war der Knabe ganz wohl gewesen.

Nach der Rückkehr zum Gymnasium, 5 Monate nach dem ersten Beginn der Magenbeschwerden, bekam Patient die *Masern*, die regelmässig verliefen, jedoch genau 2 Monate nach denselben kehrten die alten Migraine-Anfälle in früherer, täglicher Weise in steigendem Maasse wieder. Nach 6 monatlicher Dauer gesellt sich zu dem typischen Morgen-Anfall ein zweiter Nachmittags und später nach 1 Monat noch ein dritter, „so dass er kaum 5 Tages-Stunden frei ist und sie bis 11—12 Uhr Nachts andauern; das Würgen war furchtbar und wenn er zum Erbrechen kommen konnte, dann kam nur etwas grünliches, schleimiges Wasser.“ Nach zwei Monaten steigerten sich die Anfälle durch Hinzutritt von *Schwindel, Angstgefühl, Athemnoth,* so dass er gehalten werden muss. Als er einmal, von einem Anfall überrascht, in ein anderes Zimmer geführt ward, „konnte er es nicht ertragen, dass eine grosse *nicht* brennende Lampe vor ihm auf dem Tische stehen blieb, er hatte ein beunruhigendes Gefühl, als wenn die Lampe auf ihn zukäme.“

Diese Anfälle blieben regelmässig, Morgens und Abends, unter Zunahme des Schwindels, bis er nach 5 Monaten, also $1^1/_2$ Jahre nach Beginn der Krankheit

---

[1]) Hdbch. der spec. Path. und Ther. von v. Ziemssen. Bd. 12. 2. Hälfte. 2. Auflage. 1877. S. 281.

[2]) Real-Encyclopädie von Eulenburg. Band 4. S. 696 etc. 1880.

[3]) Ferrand, de la Curabilité relative de l'épilepsie à la Salpetrière. Paris 1881.

sich einen *grossen Splitter* unter den Daumennagel stösst, derselbe wird entfernt, die Wunde gekühlt, Eiterung trat ein, „und der Nagel musste abgeschnitten werden um den Eiter herauszulassen.“ Heilung durch Carbol-Umschläge.

Nun traten *epileptische Anfälle* auf und zwar häufig. Von diesen Anfällen heisst es: Der Patient fällt um, wo er geht oder steht, das Bewusstsein ist gänzlich verloren und nach dem Anfall keine Erinnerung des Vorgefallenen, er liegt mit eingeschlagenen Daumen entweder still, schwer athmend, oder in verschiedenen convulsivischen Bewegungen. Während des Anfalls treten Erectionen und Abgang des Samens und Urins ein, die Kiefer sind festgeschlossen und die Zunge eingeklemmt. Berührung während des Anfalls wird gemieden, „denn sie scheint die Covulsionen zu steigern,“ d. h. verschiedene Muskelpartien zu ergreifen. Ueberhaupt muss er sehr geschont werden, denn ein Stoss oder Schreck genügt einen Anfall hervorzurufen, die Anfälle kommen täglich, sind von verschiedener Dauer, bis zu Stunden lang.

Nachdem 7—8 Monate hindurch diese Anfälle in gleicher Weise bestanden, gesellten sich *Schmerzen* erst in einem, dann beiden *Knieen* hinzu und nach einigen Monaten ist er nicht mehr zu gehen im Stande, weil der Gebrauch der Füsse jedes Mal die Anfälle hervorruft. Der *Patient muss liegen.* Im Bett, im Wagen auf dem Sopha, wohin er getragen wird, erhält er von seinem Hauslehrer einigen Unterricht, der von Anfällen unterbrochen wird. Während dieser Zeit werden warme Bäder gegeben.

Nach mehreren Monaten ruhigen Liegens hören die Schmerzen und die Anfälle auf und Patient vermag nach einigen Versuchen wieder zu gehen, ohne dass er einen Anfall bekommt. *Er ist inzwischen stark gewachsen*, erholt sich rasch, hat ein frisches blühendes Aussehen, starken Appetit und ist von heiterer Stimmung, macht beim Unterricht leicht und gut Fortschritte, er ist genesen.

Als ein Nachspiel ist zu betrachten, dass zwei Monate lang im Herbst nach einer Magenüberladung mit unreifem Obst Unterleibsschmerzen mit Würgen und Speien auftraten. Diese Schmerzanfälle kamen wieder, immer ganz plötzlich, währten einige Minuten, griffen den vor Schmerz sich krümmenden Kranken heftig an, brachten Anwandlungen von Schwäche und Ohnmachtsgefühl, aber nie trat Aufhebung des Bewussteins ein. Plötzlich hörten auch diese Schmerzen auf und seit jener Zeit — seit vier Jahren — ist Patient gesund.

Die *Dauer* der *ganzen Krankheit* beträgt somit *3 Jahre.* In 1½ Jahren steigerte sie sich von Magenbeschwerden, Kopfschmerz, Angstgefühl, Krämpfen, bis zu *ausgebildeten epileptischen Anfällen* und nach 1¼ jähriger Dauer hören diese und überhaupt die Krankheit auf.

Dies ist der genaue Verlauf des ungewöhnlichen Falles, in dem Entwicklungs-Vorgänge im Verein mit pathologischen Processen die Epilepsie entstehen und gesteigerte Entwicklungs-Vorgänge, beschleunigtes Wachsthum, sie wieder verschwinden lassen.

Dass das Leiden sich bis zu völliger Epilepsie gesteigert, darf, meiner Ansicht nach, nicht bezweifelt werden, denn die Anfälle nach der Daumenverletzung in ihrer 1¼ jährigen Dauer für sich losgelöset von den concomitirenden Processen, lassen an dem Bilde der regelrechten, classischen Epilepsie nichts vermissen. Betrachtet man die Reihenfolge der pathologischen Vorgänge als Ganzes, da mögen noch andere Auffassungen gestattet sein, aber a potiori fit denominatio.

In diesem Falle, in dem ich eine spontane Heilung durch vermehrtes Wachsthum sehe, ist die *Gleichzeitigkeit der Entwicklungsvorgänge* im Auge zu behalten.

In der Periode der grössten Anfälle, nachdem durch den Splitter die Daumenverletzung erfolgt, wechselt Patient die Zähne. Es heisst in meinen Aufzeichnungen: „vorgestern zog er sich zwei Zähne aus, bekam einen Anfall, nach demselben holte er den Zahn aus dem Munde. Gleich unter den Zähnen sitzen aber schon junge Backenzähne. Vom Januar bis März hat er auf diese Weise sich 7 Zähne ausgezogen und immer sind gleich neue darunter gewesen.“ Ferner nach dem Verschwinden der Anfälle bemerken die Aufzeichnungen: „Er fing schon während der Krankheit stark zu wachsen an und jetzt ist er sehr gross, zwar noch mager, aber kräftig.“

In Bezug auf den Intellect ist bemerkt: „er ist willensstark geworden, macht in der Schule (Gymnasium), die er seit 3 Jahren wieder besucht, grosse Fortschritte“.

Dies Zusammenstellen der pathologischen Processe mit Entwicklungsvorgängen ist so eclatant, dass man, einen Causalnexus anzunehmen, sehr geneigt sein muss.

Von einer hereditären Belastung ist in diesem Falle absolut keine Rede. Mir ist die Familie väterlicher und mütterlicher Seits durch mehrere Generationen als völlig gesund bekannt. Der Patient selbst ist von 5 lebenden, gesunden Geschwistern das jüngste und war in der Kindheit völlig gesund.

Als ätiologische Momente erscheinen demnach Entwicklungs-Epochen, die Dentition, die Masern, die man sowohl ihrer Allgemeinheit wegen, als weil sie so häufig der Ausgangspunkt normaler, physiologischer, wie pathologischer Processe sind, dahin rechnen könnte, und das nach ihnen so häufige auffallend rasche Wachsthum. Als occasionelles Moment die Verletzung des Daumens und die Narbenbildung. Eine hinzugetretene peripherische Läsion des bereits disponirten Nervensystems genügt, die im Central-Organ bestehende vorgebildete Reizung zur vollen Entwicklung der Krankheit zu bringen, die „epileptische Veränderung“ (Nothnagel) führte zum vollständigen Insult.

Nachdem fast $^3/_4$ Jahre die Anfälle bestanden, zwingen Schmerzen in den Knieen den Kranken zu continuirlichem Liegen, weil er die Füsse nicht gebrauchen kann, ohne in einen Anfall zu verfallen.

Diese Monate lange Ruhe in horizontaler Lage, in welcher der Druck auf die Wirbelsäule in vertikaler Richtung ausfiel, ist die Zeit des Wachsthums, des innern Ausgleichs der Heilung. Die Schmerzen und die Anfälle hören auf, das Central-Organ, die peripherischen Nerven, Gefässe, Muskel, Bänder und Knochen functioniren normal, die Genesung ist erfolgt.

Das 3 Monate später im Herbste desselben Jahres in Folge eines Diätfehlers, zu reichlichen Genusses von unreifem Obst, stattfindende Nachspiel findet den Organismus im Ganzen schon soweit erstarkt und namentlich das Nervensystem soweit zur Norm zurückgekehrt, dass dieser peripherische Reiz der Darmschleimhaut nicht mehr

auf das Krampf-Centrum überspringt, sondern unter dem klinischen Bilde der Kolik verläuft.

Auf den *Ausgangspunkt der Epilepsie* einzugehen, kann nicht die Absicht sein, dies schwierige Gebiet ist competenteren Forschern zu überlassen. Die Frage, ob pons oder Grosshirnrinde als Ausgangspunkt zu betrachten, muss als gegenwärtig noch unentschieden angesehen werden. Wenn alle, auch die neuesten Forscher darin übereinstimmen, dass Reizung der Nervenmasse an verschiedenen Localitäten Epilepsie veranlasst, doch das temporäre Aufheben des Bewusstseins erst dieselben constatirt, so muss diejenige Localität, in die das Bewusstsein zu verlegen, immer in Mitleidenschaft gezogen sein, die Hirnrinde kann nicht intact gedacht werden, und die neuesten Beobachtungen von Pfleger, Katz, Worthinton, Sommer und Salomon können diese Uebereinstimmung nicht beeinträchtigen, bestätigen sie vielmehr, wie der Fall Pflegers, der eine commotio cerebri betrifft. Der pons als motorisches Krampfcentrum, wird *nie* umgangen, die Leitung geht *immer* zu ihm, die Modification der Entladung, die Gestaltung des einzelnen Anfalles, ob diese oder jene Muskeln u. s. w. ergriffen werden, kann von der Anordnung der Fasern in ihm abhangen. Bliebe dann noch eine wesentliche Differenz der Ansichten, ob Rinde ob pons als Ausgangspunkte zu denken? Zumal in Beihalt der Vielgestaltigkeit der einzelnen Fälle und Anfälle? Eine so grosse, gewaltige Krankheit, die alle Sphären des Nervensystems, intellectuelle, sensible, motorische, trophische umfasst, wird auch einen grossen, oder mehrere in nothwendiger Wechselwirkung zu denkende centrale Herde haben.

Die diesem Falle eingeschlagene Behandlung, wird nicht den Anspruch, die Heilung bewirkt zu haben, erheben können, zumal von einigen der gebrauchten Mittel ausdrücklich bemerkt wird, dass sie ohne jeden Einfluss auf die Anfälle blieben, so kalte Abreibungen, Seebäder, Bromkalium.

Dass die *ruhige Lage* und der Gebrauch warmer Bäder in dieser Zeit den Ausgleich im Wachsthum begünstigt haben, ist unzweifelhaft, durch sie ward die *spontane Heilung ermöglicht.*

Da inzwischen 4 Jahre abgelaufen sind und die fortschreitende, kräftige Entwicklung, geistige und körperliche, andauert, so mag es nicht voreilig erscheinen den seltenen Fall bekannt zu machen. Es wird die Fortdauer der Gesundheit des jetzt im 18. Lebensjahre stehenden jungen Mannes im Auge zu behalten und im Interesse der Wissenschaft nichts zu verschweigen sein.

II. Referate.

31) **Burckhardt** (Bern): Ueber Gehirnbewegungen. (Separatabdruck aus den Verhandlungen der bernischen Naturforschenden Gesellschaft 1881)

Die interessante Arbeit geht von experimentellen Untersuchungen über die an Schädeldefecten zu Tage tretenden Bewegungserscheinungen aus, welche mit der graphischen Methode registrirt wurde.

[1]) Salomon über Ermüdungs-Epilepsie, Deutsche Med. Wochenschrift. 1880. Nro. 35 und 36.

Sie berücksichtigt die in der neueren Zeit erschienenen Arbeiten von Mosso, Ragosin und Mendelssohn. Die gezeichnete Curve weist drei Arten von Bewegungen auf, und zwar eine *pulsatorische respiratorische* und *vasculaere*. Die Einzelheiten der Experimentaluntersuchungen eignen sich nicht für ein Referat und müssen wir uns begnügen die Schlusssätze, zu welchen Verf. gelangte, hier anzuführen, indem wir rücksichtlich der lesenswerthen Details auf das Original verweisen. Was die *pulsatorische* Bewegung betrifft, so glangte Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Der Hirnpuls des offenen Schädels entsteht in den Arterien des freiliegenden Hirntheiles.

2. Je nach dem Zustande der Arterien verändert der Puls seine Form. Der tricuspidale Puls ist nicht der normale Hirnpuls, sondern kommt nur unter bestimmten Bedingungen vor.

3. Im geschlossenen Schädel dehnt sich das über dem Tentorium liegende Gehirn mit jeder Pulsation gegen die ventriculäre Oberfläche also concentrisch aus. Das Kammerwasser verschiebt sich gegen gleichzeitig abschwellende Hirnpartien und drückt den dünnen Boden des 3. Ventrikels gegen die nachgiebigen Cisternen der Basis. Durch die Oeffnungen des 4. Ventrikels wird ein weiterer Ausgleich ermöglicht.

4. Der arterielle Ueberdruck wird zur Fortbewegung der Blutsäule und der serös-lymphatischen Flüssigkeiten verbraucht.

Was den Einfluss der *Respiration* auf die Hirncurve betrifft, so ergaben sich folgende Sätze:

1. Auch ruhiges Athmen machte sich in der Hirncurve geltend.

2. Starke Exspirationen zeigen eine entsprechende primäre und eine ihnen folgende secundäre Erhebung der Curve. Die erste rührt von der venösen Rückstauung und vermehrtem arteriellen Drucke her, die letzte von einer reflectorischen Erweiterung der Gefässe.

3. Die venöse Rückstauung beginnt gleichzeitig von allen Sinus aus und äussert sich deshalb zuerst im Gehirnmantel und erst etwas später im Stammhirne.

4. Während der Exspiration wird der Lymphstrom in das Pachenchym des Gehirns getrieben, das Kammerwasser gegen die Basis.

Die Erörterungen über die *vasculaere* Hirnbewegung lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Die vasculaere Welle ist ein integrirender Bestandtheil der Hirnbewegung.

2. Sie wird durch neuro-psychische Reize aller Art gefördert oder gehemmt.

3. Sie ist deshalb als ein Gefässreflex aufzufassen.

4. Sie beeinflusst ihrerseits die Puls- und Respirationsbewegung des Gehirns.

5. Sie schreitet in Isorrhopen von der Basis des Gehirns zum Scheitel fort. (Isorrhopen sind Ebenen gleicher Contractionsphase).

6. Sie befördert den intra- und extracerebralen Lymphstrom von der Basis zum Scheitel.

7. Die Carotis zeigt die vasculaere Welle ebenfalls.

Eickholt (Grafenberg).

---

32) **Giacomini G.:** Varietá delle circonvoluzioni cerebrali dell' uomo. (Die Varietäten der menschlichen Hirnwindungen. (Torino 1882. 205 Seit.)

Verf. hat es unternommen den Verlauf der Furchen und Windungen an einer ziemlich grossen Anzahl menschlicher Hemisphären (236) zu vergleichen.

Bezüglich der Details der Anomalien und Varietäten, welche sich an den untersuchten Gehirnen vorfanden, muss selbstverständlich auf das Original verwiesen werden.

Hier genüge es den wichtigsten Schluss mitzutheilen, zu welchem Verf. durch seine Untersuchungen gelangt: die meisten Abnormitäten, welche an den Gehirnwindungen angetroffen werden, und denen man grosse Bedeutung beilegte, indem man sie entweder als Abweichungen vom gewöhnlichen menschlichen Typus, oder aber als den Ausdruck bestimmter Charactereigenschaften ansah, sind nichts anderes als einfache individuelle Varitäten, ohne dabei in irgend einem Bezug zu den geistigen Anlagen des betreffenden Individuums zu stehen. —

Eine grössere Anzahl von Holzschnitten dient zur Erläuterung der im Texte beschriebenen Anomalien. Obersteiner (Wien).

---

33) **Bitot** (Bordeaux): La capsule interne et la couronne rayonante d'après la cérébrotomie méthodique. (Arch. de Neurologie Nr. 4 u. 5. 1881.)

Der durch seine 1878 erschienene Arbeit über methodische Cerebrotomie vortheilhaft bekannte Verf. hat sich zum Gegenstand einer eingehenderen Untersuchung jenen Bezirk des Gehirns genommen, der wegen seiner hohen Dignität am meisten die Aufmerksamkeit des Klinikers wie des Pathologen fesselt, und die Resultate derselben unter oben stehendem Titel veröffentlicht. Er untersuchte die capsula interna, den Stabkranz, das centrum ovale, die capsula externa und das Associationsfaser-System.

Verf. beginnt mit dem Studium der capsula interna und zwar mit Schnitten, die in den 3 Dimensionen angelegt sind. — Die frontalen Schnitte (5 an der Zahl) sind je ein cm. dick, und wird der erste 1 cm. hinter dem genu corporis callosi geführt. Von den sagittalen (ebenfalls 5) geht der erste 1 cm. vom Medianrande entfernt gerade durch das Knie der Kapsel. Die folgenden sind derart geführt, dass der vierte, 2 cm. von der Medianfläche entfernt, ganz durch den äusseren Rand des corpus striatum geht, der fünfte ist durch die grösste Länge des Putamen gelegt. — Die vier horizontalen Schnitte theilen die circa 3 cm. hohe caps. intern. in unter einander verschieden dicke Lagen, indem der erste unmittelbar unter dem Aquaeductus Sylv. und durch die Mitte des Stilling'schen rothen Kernes, der zweite ein we-

nig höher und leicht schief gegen die Basis, der dritte gleich über den corpora quadrigemina (entschieden einer der übersichtlichsten und instructivsten Schnitte) und endlich der vierte durch den äusseren oberen Rand des Seiten-Ventrikels geführt wird.

Verf. unterscheidet demnach an der caps. intern. *1.* eine striaere, *2.* lentico-striaere, *3.* optico-lenticulo-striaere und *4.* optico-striaere Portion.

Bezüglich des Stabkranzes differirt Verf's. Ansicht von den sonstigen in einigen Punkten nicht unwesentlich. Für ihn sind nicht bloss die sensiblen Fasern, sondern auch alle motorischen ohne Ausnahme directe Fasern — sämmtliche Fasern des Stabkranzes sind die *directe* Verlängerung und Ausstrahlung der cap. int. — Das centrale Grau spielt hinsichtlich der Zusammensetzung des Stabkranzes nur eine *passive* Rolle, indem dasselbe von einem Theile der Fasern nur perforirt von ihrem grössten aber in distincte Massen (Linsenkern, thalamus opticus und corpus striatum) geschieden wird. Es erleiden demnach die in die Basalganglien aus den grossen Hirnhemisphären einstrahlenden Fasern keine Unterbrechung, noch viel weniger eine gleichzeitige Reduction, wie bekanntlich Huguenin annimmt.

An dem Stabkranze kann man eine vordere (frontale), mittlere (parieto-sphenoidale) und endlich eine hintere (occipitale) Partie unterscheiden.

Sämmtliche Schnitte zeigen, dass der Stabkranz in der ganzen vorderen Partie nur von den krummen Fasern gebildet wird, welche aus der cap. int. kommend von Strecke zu Strecke die Basalganglien durchsetzen und in der orbito-insular-Region d. i. zwischen dem hintern Theil der zweiten Riechwindung und dem vorderen der Insel endigen. In dieser Gegend vermuthet Verf. den Sitz neuer psychomotorischer Centren und hofft, dass die Kliniker und Experimental-Physiologen dieselben nachweisen werden. — Die occipitale Ausstrahlung der cap. int. enthält, wie schon Meynert und Huguenin für den Affen nachgewiesen und für den Menschen supponirten, thatsächlich directe Fasern aus den pedunculis cerebri; der grösste Theil wird aber von dem bekannten aus dem Pulvinar und dem corpus geniculatum extern. und intern. kommenden Bündel gebildet. — Den von Meynert und Huguenin beschriebenen Associationsbündeln fügt B. noch ein sechstes sehr mächtiges hinzu, nämlich ein verticales. — Dasselbe ist bestimmt, die vordere Partie des lobul. paracentralis und die äussere Partie des Sphenoidallappens zu verbinden.

Zum Schluss empfielt Verf. für pathologisch-anatomische Zwecke ganz besonders die Anlegung von Frontalschnitten nicht bloss wegen ihrer viel präciseren und genaueren Resultate liefernden Vortheile, sondern besonders wegen ihrer leichten Ausführung.

14 schöne photographische Tafeln stellen die vom Verf. angelegten Schnitte in Naturtreue dar und ergänzen trefflicher Weise den Text. — Müller (Graz).

34) **Kahler** und **Pick:** Weitere Beiträge zur Pathologie und pathol. Anatomie des Centralnervensystems. (Separatabdruck aus der Prager „Zeitschrift für Heilkunde" Bd. II. 1881.)

I. Zur Localisation partieller Oculomotoriuslähmungen.

Im Anschluss an einen im Arch. f. Psychiatrie u. Nervenheilk. Bd. X. Heft 2 p. 334. veröffentlichten Fall von partieller Oculomotoriuslähmung, bei welchem ein alter, umschriebener Erweichungsherd im Oculomotoriuswurzelgebiete gefunden wurde, wird ein gleicher, charakteristischer Fall mitgetheilt. Es wird auf die ganz ausserordentlich grosse Seltenheit derartiger isolirter intracerebraler Oculomotoriuslähmungen hingewiesen und dann die Krankengeschichte des Falles nebst Sectionsbefund mitgetheilt. Ein 58jähriger Tagelöhner bekam nach wiederholten leichteren Schlaganfällen eine stärkere Apoplexie, welche vollständige linksseitige Hemiplegie, rechtsseitige unvollständige Oculomotoriuslähmung u. s. w. hinterliess. Hervorzuheben ist, dass die Iris normal functionirte und nur Parese d. M. rect. int. bestand. Derselbe ging an Lungengangrän zu Grunde und die Section ergab: Verschluss der hochgradig sklerosirten Art. cerebr. post. dextr., Erweichungsherd im rechten Grosshirnschenkel. Derselbe umfasste mit die rechtsseitige Oculomotoriuswurzel in ihrem intracerebralen Verlauf.

Beide Fälle zeigten intacte Irisfunction und bei beiden waren die vorderen Wurzelbündel intact geblieben, bei beiden Fällen bestanden Lähmungen der Augenmuskeln, die vom Oculomotorius innervirt werden und bei beiden fand sich ein Erkrankungsherd, der die hinteren Wurzelbündel zum grösseren Theile zerstört hatte. Diese übereinstimmenden Befunde führen mit Nothwendigkeit zu der Anschauung, „dass die pupillären Fasern des Oculomotorius beim Menschen in den vordersten Wurzelbündel der genannten Nerven verlaufen" ein Verhalten, welches mit den experimentell bei Hunden von Hensen und Völkers gefundenen Resultaten übereinstimmt. Dieselben fanden auch experimentell, dass die Innervation der äusseren Augenmuskeln als Functionen der hinteren Oculomotoriuswurzelbündel zu bezeichnen ist, ein Resultat, welches durch die beiden von den Verfassern beobachteten Fälle beim Menschen ebenfalls bestätigt gefunden worden ist.

Aus diesen *Beobachtungen* ergibt sich der Satz, dass: eine dissociirte partielle Oculomotoriuslähmung als Herdsymptom vor Allem auf eine Läsion des Wurzelgebietes der Nerven hinweist.

II. Neuer Fall von Missbildung eines menschlichen Rückenmarkes.

Im Abschnitt VII. ihrer Beiträge zur Pathologie und path. Anatomie des Centralnervensystems hatten die Verfasser ein Rückenmark mit grauer Degeneration der Hinterstränge beschrieben, welches sich durch Thierähnlichkeit (angeborene Kleinheit der Hinterstränge, Missbildung der grauen Substanz) auszeichnete. Im Anschluss an diesen Fall theilen die Verfasser zwei weitere gleiche Beobachtungen, einen Fall von Täderholm veröffentlicht, und einen eigenen mit. Beide Fälle stimmen mit dem zuerst veröffentlichten in auffallender Weise überein. Aus der Krankengeschichte des dritten Falles ist hervorzuheben, dass die 35jährige Patientin schon im 14. Lebensjahre an vor-

übergehender 2 Jahre anhaltender hochgradiger Lähmung aller vier Extremitäten litt, dass sie dann mit 34 Jahren an Tabes dorsalis erkrankte, die in einigen Monaten zu anscheinend vollständiger Paralyse der unteren Extremitäten führte.

Der Fall unterschied sich klinisch von der gewöhlichen Tabes durch die auffälligen motor. Schwäche der unteren Extremiäten, das Fehlen von cephalischen Symptomen und den vorübergehend im 14. Jahre vorhanden gewesenen Lähmungszustand.

(Schluss folgt).

Schulz (Braunschweig).

---

35) **A. Joffroy** (Paris): Observation pour servir à l'histoire de l'atrophie musculaire. Accès convulsifs et comateux. Crises gastriques. (Archives de Neurologie Nro. 6 1881).

Unter diesem Titel publicirt J. einen complicirten Fall, um die Aufmerksamkeit der Neurologen auf abnormale, besonders cerebrale Symptome zu lenken, welche sich manchmal bei der „Muskelatrophie“ vorfinden.

Es handelt sich um einen 24jährigen Mann, der von mütterlicher Seite belastet — Mutter nervös und impressionabel — bis zum 16. Lebensjahre gesund war. Da plötzlich allgemeine Convulsionen mit Bewusstseins-Verlust und sich daran schliessendem, dreitägigem comatösem Zustande. — Hierauf vollständige Erholung — auch keine Schädigung oder Schwächung des Intellectes. Während der Universitätsstudien Excesse in Baccho et Venere. 1876 nach einer debauchirten Nacht und starker Erkältung Morgens vertiginöser Anfall mit Bewusstseins-Pause (Convulsionen?) und durch 32 Stunden, nur hie und da unterbrochen, comatöser Zustand. — Hierauf vollständige Aufklärung des Bewusstseins, doch fast vollständige Paralyse sämmtlicher Finger und beider Hände. — Oberarm — die Schulter — untere Extremitäten — Blase und Mastdarm — gesammte Sensibilität hingegen vollkommen intakt.

Einen Monat später heftige gastrische Krisen, oft in Intervallen von circa 2—3 Wochen sich wiederholend, wobei auch ein gewisser Grad von cutaner Hyperaesthesie konstatirt wurde. Von der 5. Attaque ab mit jedem Anfalle progressiv zunehmende Schwäche in den unteren Extremitäten, so dass das Gehen sehr erschwert wurde, und Pat. oft zusammenstürzte. 1877 wurde Lähmung der quadric. femor., hochgradige allgemeine Schwäche, häufige Syncope konstatirt.

Nach einem weitern gastrischen Anfalle noch im selben Jahre Parese der Schultermuskeln; die Deltoides, obwohl ohne eigentliche Lähmung, deutlich atrophirt zeigen Entartungsreaction. Im Radialis-Gebiete atrophische Lähmung mit Entartungsreaction, Hände ebenfalls im Zustande schlaffer Lähmung. („Main de polichinelle“). — Thenar und Mm. inteross. fast verschwunden. Deutliche Parese des Ileopsoas beiderseits, starke Atrophie des Quadr. femor. und der vom Peroneus innervirten Unterschenkel-Muskeln (hauptsächlich linkerseits) — überall schwere Entartungsreaction. — Unter einer entsprechenden

hydriatischen und electr. Kur hatte sich dieser Zustand von April bis October so sehr gebessert, dass die Lähmung und Atrophie sehr merklich, doch nicht vollständig geschwunden waren, und Pat. seine Beschäftigung wieder aufnehmen konnte.

Mitte Dezember 1877 nach wiederholten schweren Debauchen (in Baccho et Venere) 2 neue Anfälle mit allgemeinen Convulsionen, tiefster Bewusstseinsstörung und sich daran schliessender, aber bald vorübergehender Störung des Gedächtnisses und Intellectes. — Die darauf folgende körperliche Schwäche wich rasch der Behandlung. Mittlerweile hatte auch die Motilität eine solche Aufbesserung erfahren, dass P. anfangs 1880 den Gebrauch seiner Hand und die Kraft in den Beinen wieder erlangte, so dass er selbst mehrere Kilometer ohne Ermüdung zurücklegte.

Es bestand zwar noch geringe Atrophie in den kleinen Handmuskeln sowie im Radialis-Gebiete. — Im Crural-, wie Peroneus-Gebiete noch eine Herzabsetzung der faradischen Erregbarkeit.

Verf. lässt die Frage, ob es sich hier um eine ganz besonders localisirte Affection der Meningen oder tiefe Läsion der Nervensubstanz gehandelt habe, vollständig offen und will nur auf die seltene Combination von degenerativer Amyotrophie und comatösen Zufällen und gastrischen Krisen aufmerksam gemacht haben. —

(Dass es sich um einen Fall von anfangs acuter, später chronisch aufgetretener Poliomyelitis handelte, scheint dem Ref. wohl ausser allem Zweifel zu liegen — Entwicklung — Verlauf — electrischer Befund etc. stützen zur Genüge diese Supposition. — P. ist ein neuropathisch belastetes Individuum, das lange Zeit hindurch schwere Excesse begeht, dem Potus ergeben etc. und es kann wohl nicht Wunder nehmen, dass jedesmal gerade im Anschlusse an aussergewöhnlich starke Debauchen schwere Störungen des centralen Nervensystems auftraten. Ref.) Müller (Graz).

---

36) **Octave Guelliot:** Deux cas d'ataxie locomotrice chez des ouvrières travaillant à la machine à coudre. (L'union médicale 1882 Nro. 2 und 4.)

G. beobachtete bei zwei jungen Frauen, deren eine seit 15 Jahren täglich 12 Stunden an der Nähmaschine arbeitete und nicht geschlechtlich dadurch erregt wurde, die andere 14—16 Stunden täglich (mit 2jähriger Unterbrechung) seit ebenfalls 15 Jahren thätig war und, dadurch geschlechtlich erregt, bedeutende tägliche Excesse in Venere beging, atactische Symptome. Beide sind nervös, ja hysterisch beanlagt und zeigen selbst Symptome exquisiter Hysterie. Beweise für Hinterstrangsclerose, die G. zu sehen glaubt, sind nicht beigebracht. Er citirt eine Beobachtung von Topinard von anscheinender Tabes bei einem Drechsler und führt die Entstehung der Ataxie bei beiden Frauen auf die gleichmässige übertriebene Anwendung der Beine zur Bewegung der Nähmaschine zurück. Schon andere, namentlich Vernois, Espagne und Layet haben auf die Schädlichkeit des Maschinennähens für das Nervensystem hingewiesen, während Decaisne nur die Einwirkung auf die Muskulatur zugiebt. Bei Drechslern und Schleifern

sollen sich ähnliche Einflüsse herausstellen. G. hält die zitternde Erschütterung des R.M. für das wesentliche der Einwirkung und verlangt, dass das Arbeiten an der Maschine sofort ausgesetzt werde, wenn sich Schmerzen und Ermüdung der Beine einstellen oder dass Menschenkräfte zur Bewegung des Pedals an Nähmaschinen durch Dampf oder Electricität ersetzt würden. Die berliner Maschinen, welche durch den Druck der Wasserleitung in Bewegung gesetzt werden, scheint er noch nicht zu kennen.

Rohden (Oeynhausen).

---

37) **Fr. Müller** und **L. Ebner** (Graz): Ueber Nervendehnung bei peripheren und centralen Leiden, insbesondere bei Tabes dorsalis. (Wiener Klinik, VII. Heft, 10. Juli 1881)

Verf. behandeln zuerst in ausgezeichneter Weise die Geschichte der Nervendehnung, bringen ein vollständiges, übersichtliches Verzeichniss der einschlägigen in- und ausländischen Literatur und theilen dann ausführlich die Krankengeschichten zweier vorgeschrittener Tabiker mit, an denen von v. Rzehaczek die Nervendehnung mit überraschend günstigem, unmittelbarem Erfolge ausgeführt worden war. Im ersten Falle setzte die Tabes vor circa 21 J. mit den charact. Schmerzen und einer spontanen doppelten Fractur des linken Oberschenkels ein. Es kam dann weiters zu schweren gastrischen Krisen, cutanen Haemorrhagien, totaler rechtsseitiger Amaurose, Blasenstörungen, Pupillenstarre, Erlöschen der P. S. Reflexe und Ataxie sowie mannigfachen Sensibilitätsalterationen.

Furchtbar heftige lancinirende Schmerzen im Gebiete des N. Saph. major am l. Unterschenkel, gegen die sich jede Behandlung fruchtlos erwies, gaben die Indication für die Dehnung des l. Cruralis ab. Durch die Operation wurden die Schmerzen momentan beseitigt und waren in den nächsten 4 Wochen nicht wieder zurückgekehrt. Im unmittelbaren Anschluss an die Operation war eine später bald vorübergehende Anästhesie im linken Saphenusgebiet, hingegen Hyperästhesie an der Aussenfläche des rechten Unterschenkels, sowie auch Parese des l. m. quadriceps, ileopsoas und der Adductoren aufgetreten.

Im zweiten Falle datirte die Tabes auf 15 J. zurück und wurde die Dehnung des N. cruralis dextr. wegen seit Jahren streng auf die m. Vorderfläche des r. Oberschenkels localisirten grässlichen, in Paroxysmen auftretenden Schmerzen gemacht. Auch hier rascher Erfolg wenn auch kein so vollständiger wie im ersten Falle.

Verff. sind trotz der unmittelbaren Erfolge der Ansicht, dass die Nervendehnung nur ein symptomatisches, allerdings in den meisten Fällen sicher wirkendes Mittel gegen tabische Einzelerscheinungen vornehmlich gegen die Schmerzen ist; dass sie aber auf den eigentlichen Process in den Hintersträngen, wenn derselbe schon lange etablirt, keinen bleibend hemmenden, noch viel weniger curativen Einfluss ausübt und dass die unmittelbaren Erfolge von keiner bleibenden, definitiven Dauer sein werden.

Verf. möchten die Nervendehnung, die als Operation trotz Lister nicht immer ganz ohne Gefahr für das Individuum ist (Eiterversenkung, Pyämie, Trombose, Embolie etc. etc.), bei Tabes nur dann empfehlen, wenn die sonstigen, bekannten physikalischen und chemischen Behandlungsmethoden im Stiche lassen. Je stricter die Schmerzen auf ein bestimmtes Nerventerritorium localisirt sind, um so sicherer kann ihre Beseitigung durch die Nervendehnung gewärtigt werden.

Die bestimmte Fixirung der Indicationen für die Nervendehnung ist ein grosser Vorzug der vorliegenden Broschure. E.

---

38) **M. Bernhardt** und **M. Treibel** (Berlin): Ein Eall von (secundärer) Nervennaht am Nervus ulnaris. (Berl. klin. Wochenschr., 1881, Nro. 46. Sep.-Abdr.)

Ein gesunder 27 Jahre alter Mann hatte sich durch Fall in Glasscherben eine Verletzung an der Volar- und Ulnarseite des rechten Vorderarms, 4 Querfinger breit oberhalb des Handgelenkes, zugezogen. Diese hatte eine tiefe Läsion im Ulnarisgebiet unterhalb der Wunde zurückgelassen. Reichlich vier Monate nach der Verletzung, am 30. Januar 1881, wurde, nachdem eine Wochen lang fortgesetzte electrische Behandlung erfolglos geblieben, von T. der verletzte Nerv freigelegt, das narbige Zwischengewebe excidirt und das centrale mit dem peripherischen Nervenstück durch eine Nath vereinigt. In dem excidirten Zwischenstück konnte keine Nervenfaser nachgewiesen werden. Die Wunde heilte per primam. Das Resultat war null, wenn man nicht das Aufhören der vor der Operation beobachteten trophischen Störungen der Haut (Aufschliessen von Blasen mit serösem sanguinolenten Inhalt am kleinen Finger — der Operation zu Gute schreiben will, was die Vff. als zweifelhafte Möglichkeit hinstellen.

Dehn (Hamburg).

---

39) **Gray:** Chloroforminhalationen gegen Tetanus traumaticus. (L'union médicale 1882 Nro. 1.)

Bei einem 10jähr. Kinde tritt 14 Tage nach einer Fingeramputation Tetanus ein. Derselbe verliert sich durch Cloroforminhalationen, welche durch 6 Tage alle 2 Stunden ausgeführt werden. Rohden (Oeynhausen).

---

40) **Gowers** (London): Epilepsy and other chronic convulsive Diseases: theire causes, symptoms and treatment. (London, Churchill. 1881. pp. 309. Preis 10½ Mark.)

Das vorliegende Werk von Gowers über Epilepsie zeichnet sich dadurch aus, dass es durchweg eine Originalarbeit ist. Verf. hat in Hospital- und Privatpraxis 1450 Fälle von Epilepsie beobachtet, und dieselben gründlich verarbeitet, was Aetiologie, Symptomatologie, Pathologie, Diagnose, Prognose und Behandlung anbetrifft. Er erzählt uns nur was er selbst gesehen hat, und wenn er andere Autoren anführt, was selten vorkommt, ist es meistentheils nur um ein paar kritische Bemerkungen zu machen. Diese Art der Darstellung hat grosse Vorzüge in mehreren Beziehungen; erstens nämlich macht sie das Buch

sehr lebendig, da der Inhalt aus dem Leben geschöpft ist und man nichts von Foliantenstaub merkt; zweitens erhöht sie den Werth der Arbeit, welche einen schroffen Gegensatz zu den so häufigen Compilationen bildet, denen man nur zu leicht anmerkt, dass aus zehn früher erschienenen Büchern das jetzige elfte entstanden ist. Einen Nachtheil könnten wir nur dann darin sehen, wenn dem Verf. ein ungenügendes Beobachtungs-Material zu Gebote gestanden hätte, da die Darstellung dann leicht einseitig hätte ausfallen können; 1450 Fälle aber constituiren schon eine hinreichende Masse, worin wohl fast sämmtliche der verschiedenartigen Phasen dieser so höchst interessanten Krankheit vertreten sein müssen. Wir finden denn auch in der That dass das Buch, obwohl nicht geradezu erschöpfend, doch sehr vollständig ist, und dass der Verf. für fast alle Fragen, welche sich dem Beobachter von Zeit zu Zeit aufdrängen, mit einer Antwort bereit ist. Der Styl ist kurz und bündig, fliessend und hin und wieder elegant; Druck und Ausstattung vorzüglich.

In der Einleitung trennt Verf. die Epilepsie sofort scharf von den Krämpfen, welche als Resultat chronischer Gehirnkrankheiten anzusehen sind, und erklärt, dass sie von einem Zustande der Centralorgane des Nervensystems abhängig sei, welcher unsern gegenwärtigen Untersuchungs-Methoden unerkennbar ist. Chronische Krämpfe functionellen Ursprungs werden gewöhnlich in zwei Classen unterschieden, nämlich die epileptischen und hysterischen, welche sich hauptsächlich dadurch charakterisiren, dass der Krampf im epileptischen Anfall heftig und zugleich unregelmässig ist, so dass die Glieder in unnatürlichen Stellungen fixirt werden, welche ganz von denen verschieden sind, welche während der willkürlichen Bewegungen angenommen werden; während die hysterischen Krämpfe mehr co-ordinirter Art sind, und sich von willkürlichen Bewegungen dadurch unterscheiden, dass sie heftiger sind als jene; so bemerkt man Starre, Opisthotonus, Herumwerfen der Glieder, Sprungbewegungen u. s. w. Verf. möchte sie daher lieber co-ordinirte Krämpfe nennen, adoptirt jedoch den von Roberts vorgeschlagenen Ausdruck „hysteroide“, um sie von dem was man gewöhnlich hysterisch zu nennen pflegt, zu unterscheiden. Charcot's Ausdruck „Hystero-Epilepsie“ möchte er dagegen verbannt wissen, da derselbe eher dazu beiträgt das Studium dieser Krämpfe zu verwirren als zu erleichtern. Uebrigens ist die Trennung zwischen den beiden Arten nicht immer so scharf, indem hysteroide Krämpfe postepileptische Phänomene sein können; ausserdem gleicht der Anfang des hysteroiden Krampfes öfter dem epileptischen Anfall, und endlich kommen hin und wieder Fälle vor, welche zwichen den beiden intermediär sind. Eine ziemliche Anzahl von Fällen ist daher als zweifelhaft auszuscheiden; während in 1000 wohl charakterisirten Fällen Verf. 815 epileptische, und 185 hysteroide fand, sodass die ersteren $81^1/_2$, und die letztern $18^1/_2$ Prozent ausmachen.

Im ersten Kapitel wird die Aetiologie der Epilepsie besprochen, und die Ursache in unmittelbare und entfernte eingetheilt; die letztern sind die wichtigsten, da ohne dieselben die erstern nicht die Wirkung

haben könnten, welche sie in der That äussern. Unter diesen prädisponirenden Ursachen wird nun Geschlecht, Erblichkeit, Heirath unter Verwandten, und Alter besprochen. Frauen sind mehr dazu geneigt als Männer (für reine Epilepsie 52 Prozent F. 48 Proz. M; für hysteroide Krämpfe 66 Proz. F. 33 Proz. M.) Die neuropathische Constitution konnte sich in 35 Proz. der Fälle nachweisen lassen, und scheinen weibliche Familienglieder mehr zur Vererbung geneigt zu sein als männliche (55 gegen 45). Die Mutter überträgt die Anlage leichter als der Vater. Was Alter anbetrifft, so ist das zweite Decennium des Lebens das am meisten exponirte, da es 46 Proz. sämmtlicher Fälle umfasst. Unter der unmittelbar excitirenden Ursachen wird für die im Kindesalter auftretende Epilepsie die Rhachitis, nach dem Vorgange von Sir William Jenner, als eine der wichtigsten angesehen. Es sind hauptsächlich die Fälle in denen der Zahndurchbruch, als Krankheitsursache beschuldigt wird, in solchen Fällen kommen die Zähne spät zum Durchbruch, lernen die Kinder spät gehen, und leiden oft an Verkrümmungen der Glieder. Rhachitis ist in der That verlangsamte Entwicklung, und als solche mit einer ungebührlichen Reizbarkeit des Nervensystems verknüpft, welche zu Epilepsie führt. Unter den übrigen Ursachen bespricht Verf. psychische Aufregungen, Traumen, Sonnenhitze, acute Krankheiten (besonders Scharlach) Würmer, Verdauungsstörungen, Asphyxie, Alcoholismus, Bleivergiftung, Nierenkrankheiten, Tabak, Anästhetica wie Chlorform, Menstruationsstörungen, Onanie, Syphilis. Von der Onanie sagt Verf. dass dieselbe weniger zu reiner Epilepsie als zu einer Art Zwitter zwischen hysteroiden und epileptischen Krämpfen führt, was wir aus Erfahrung bestätigen können.

Es folgt nun eine Beschreibung der Symptome, worin sich der scharfe klinische Blick des Verf. vortheilhaft kundgibt. Der Raum verbietet uns weiter darauf einzugehen, und wenden wir uns daher zu dem Kapitel über Epilepsie nach Hemiplegie, welche hauptsächlich bei Kindern auftritt; in der That in 66 Proz. der beobachteten Fälle waren die Patienten unter 5 Jahre alt, und wurde die Hemiplegie meistenstheils durch spontane Thrombose eines Gehirngefässes verursacht. Die Epilepsie stellte sich in der Hälfte der Fälle zusammen mit der Lähmung ein, in der anderen Hälfte späterhin; und wenn Anfälle nicht innerhalb der nächsten paar Tage eintraten, dauerte es gewöhnlich mehr als ein Jahr bis sie erschienen. Die Hand ist dabei oft von der sogenannten post-hemiplegischen Chorea afficirt, welche Verf. beweglichen Spasmus nennt; es kommt dabei zu langsamen spontanen Bewegungen der Finger, und In-coordination der willkürlichen Bewegungen. Der Krampf sitzt besonders in den Interossei, so dass die Finger in den Metacorpo-Phalangischen Gelenken gebeugt, und in der zweiten nnd dritten Phalanx gestreckt werden. Wenn der bewegliche Spasmus langsam, beträchtlich und spontan ist, so zeigt die Hand den Zustand der Hammond'schen Athetose. In anderen Fällen ist der Krampf im Ruhezustande unbedeutend, wird aber deutlicher bei Bewegungen. Die Muskeln sind dabei gut entwickelt, oft mehr als an

der gesunden Seite, offenbar durch die beständige Uebung, und obwohl das gelähmte Glied kürzer sein mag als das gesunde. Die Verbindung der Symptome ist zu häufig, als dass sie zufällig sein könnte, und glaubt Gowers, dass die Krämpfe aus der unvollständigen Herstellung der grauen Substanz zu erklären ist, die in Folge von Gefässverstopfung gelitten hatte, und ihre Stabilität einbüsste, sodass der Widerstand geringer wurde und übermässige Action eintrat, entweder spontan, oder nach Willens-Impulsen. Uebrigens wird bei solchen Kindern die Entwicklung des ganzen Gehirns gestört, und die Intelligenz leidet in permanenter Weise; die Patienten sind in ihrer Kindheit störrisch und unartig, späterhin lasterhaft und unsittlich.

Das nächste Kapitel behandelt die hysteroiden oder co-ordinirten Krämpfe (Hystero-Epilepsie). Während die meisten Autoren Charcot's klassischer Beschreibung dieser Krankheit gefolgt sind, gibt Gowers eine Schilderung desselben wie sie in England vorkommt, und die von der in Frankreich beobachteten Form in manchen Beziehungen abweicht. Das National-Temperament der Engländer und Franzosen ist ausnehmend verschieden, und ist es desshalb nicht zu verwundern, dass eine solche Krankheit sich verschieden äussert, überhaupt in England sehr viel seltener ist als in Frankreich. Der Raum verbietet uns näher auf diese Verhältnisse einzugehen, und wollen wir daher nur bemerken, dass Compression der Ovarien, worauf Charcot soviel Gewicht gelegt hat, wenigstens in England Anfälle im Allgemeinen weder hervorruft noch unterdrücken kann, obwohl durch diese Manipulation allerdings verschiedene Symptome, wie Erstickungsgefühl, Kopfweh, Ohnmachts-Anwandlungen, u. s. w. erregt werden können.

Die pathologische Anatomie hat auch Gowers nur negative Resultate gegeben, denn er sagt, dass Veränderungen, welche man mitunter in den Centralorganen des Nervensystems antrifft, secundärer Natur sind, nämlich Resultat und nicht Ursache der Anfälle. Auch das Ammonshorn, worauf Meynert soviel Gewicht legte, hat Gowers durchweg gesund gefunden, während in zwei Fällen, worin er dasselbe erkrankt fand, die Patienten nie an Epilepsie oder irgend welchen andern Krämpfen gelitten hatten. Unter diesen Umständen müssen wir unsere Schlüsse über das Wesen der Krankheit aus andern Qellen ziehen, und zwar hauptsächlich aus den Structurveränderungen, welche in organischen Krampfkrankheiten nachgewiesen werden, und der Experimental-Physiologie, und dem klinischen Studium der Krankheit selbst. Die erste Frage ist: was ist der Sitz der Entladung von Nervenkraft, welche den epileptischen Anfall hervorruft? Im Widerspruch mit Brown-Séquard, Kussmaul und Nothnagel erklärt sich Verf. gegen den Sitz der Krankheit im verlängerten Mark, und für den in der Gehirnrinde, wenigstens in einer sehr grossen Anzahl von Fällen. Er stützt sich hierbei u. A. auf die Fälle, in denen eine Aura der Sinnesorgane oder der Intelligenz existirt (z. B. eine Idee), und die Thatsache, dass die Centralorgane für diese Functionen viel höher als das Krampfcentrum und die Brücke liegen; ferner den Um-

stand, dass epileptiforme Krämpfe durch Reizung der motorischen Rindencentren hervorgerufen werden können, und den Fall von Oebeke, in welchem Krämpfe auf einer Seite aufhörten als eine Läsion in den Centralganglien der gegenüberliegenden Hemisphäre aufgetreten war. Uebrigens weisst der sehr mannigfaltige Charakter der Aurae, die in jedem Theile des Körpers empfunden werden hönnen, darauf hin, dass die Entladung wahrscheinlich in einer sehr weiten Region, vielleicht dem ganzen Gehirn, stattfinden kann, in soweit dasselbe sensorisch-motorischen Prozessen dient. Die zweite Frage ist: Ist der Sitz der primären Entladung der Sitz der Krankheit selbst? Diese wird dahin beantwortet, dass alle Phänomene sich durch die Entladung der grauen Substanz erklären lassen; dass die Hypothese eines Gefässkrampfes überflüssig und unbewiesen ist; und dass die Epilepsie nicht einen unveränderlichen Sitz hat, sondern eine Krankheit der grauen Substanz, und mehr die eines Gewebes als eines Strukturtheiles ist. Die letzte Frage ist: Was ist das Wesen der Gewebs-Veränderung? Die Antwort darauf ist, dass der Zustand der Nervenzellen, sowohl in der Ruhe wie der Thätigkeit, auf dem Verhältniss zwischen der Produktion der Nervenkraft und dem inneren Widerstande beruht; dass alle Inhibitions-Erscheinungen von verstärktem Widerstande herrühren, und dass die Symptome der Epilepsie darauf hinweisen, dass das unstätige Gleichgewicht der grauen Substanz von Unstätigkeit des Widerstandes herrührt, und nicht von primären Veränderungen in der Erzeugung der Kraft. Der innere Widerstand ist aber eine höhere Function der Nervenzelle als die einfache Umwandlung der Energie, Controlle höher als Production der Kraft; und so erklärt sich dass die scheinbar erhöhte Action mit der Theorie einer *verschlechterten Ernährung* der Nervenzellen übereinstimmt.

Die letzten Kapitel des Buches behandeln die Diagnose, Prognose und Therapie. Auf Details können wir uns hier nicht einlassen, und wollen daher auch nur bemerken, dass man darin wie in den vorhergehenden Theilen, eine Fülle sorgfältiger Beobachtungen und logischer Schlüsse findet. Für Fälle in denen Bromkali nichts nützt, empfiehlt Verf. den Borax in Dosen von 10 bis 20 Gran (nicht Grammes!), und zur Unterdrückung hysteroider Krämpfe die subcutane Einspritzung von $^1/_{12}$ Gran Apomorphin.

Julius Althaus (London).

---

41) **Carl Laufenauer** (Budapest): Ueber corticale Epilepsie. (Orvosi Hetilap 40—46. 1881.)

Verf. theilt wiederholt mehrere Krankengeschichten mit ergänzenden Obductionsbefunden mit. Aus den epikritischen Bemerkungen ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

Die genuine oder idiopathische Epilepsie dürfte bald in die geschichtliche Rumpelkammer wandern, da eine jede Epilepsie nur als Phänomen einer peripheren oder centralen — *nachweisbaren* — Erkrankung betrachtet werden muss. Verf. der eine grosse Anzahl — geisteskranker — Epileptiker zu seciren Gelegenheit hatte, fand immer

das path.-anatomische Substrat der Krankheit. Bei den cruralen, brachialen und facialen Monospasmen (Jackson'sche *Epilepsie*) kann man sogar zumeist in vivo den Krankheitsherd an der Hirnrinde localisiren, wenn die Herde aber an sensorischem Gebiete liegen, sind die Symptome denen der secundären Formen oder der Reflex-Epilepsie ähnlich. Tumoren und entzündliche Processe der Corticalis können ebenfalls Epilepsie verursachen, oder die sog. *epileptischen Aequivalente* hervorrufen, zu welchen auch vom Verf. beobachtete transitorische Manien gehören, die in Folge tuberculöser Tumoren an verschiedenen Rindenterritorien entstanden. Der Tuberkel kann auch durch Distanz-Wirkung Reiz ausüben; zumal wenn Rindengebiete ergriffen sind, die durch das Subiculum cornu Ammonis mit diesem Horn communiciren, da nach Verf. *das Ammonshorn den locus praedilectionis der Epilepsie bildet*, nicht aber das Krampfcentrum im Pons und verl. Mark.

Da nach Verf. typische furibunde Delirien in den Initial-Stadien der Mening. basil. tuberculosa nicht selten vorkommen, und solche Kranke desshalb oft in Asyle für Irrsinnige untergebracht werden, ferner dabei Convulsionen, Eclampsien als Theilerscheinung der Krankheit auftreten; glaubt er dafür eintreten zu müssen, dass epilept. Insulte durch tuberculöse Basal-Processe häufiger entstehen, als bis nun angenommen wurde. Auch kleine Ablagerungen am gyrus hyppocampi, gyrus dentatus, noch mehr aber Encephalit. tuberculosa können die epilept. Attaquen auslösen. Verf. behauptet sogar, *dass wenn man die Aufmerksamkeit öfters auf tuberc. encephalitische Herde im Uncus* lenken möchte, auch die pathogenet. Erklärung der Convulsionen bei den Basal-Meningitiden bedeutend erleichtert würde.

Verf. fand nebstdem einigemale schon Sclerose des Ammonshorns — mit Gewichts-Abnahme partieller Hirntheile — als einzige Ursache der Epilepsie. Die Gewichts-Abnahme ist immer an jener Hirnhemisphäre erwiesen worden, in welcher das atrophirte Ammonshorn sich befand; ein Beweis, dass das Cornu Ammonis als Rindentheil gleichbedeutend mit anderen Rindenschichten in der Production der Epilepsie fungirt, oder einer universellen encephalitischen Erkrankung participirt. Seine Sclerose ist aber ein früheres Product als die Atrophie der Rindenoberfläche.

Durch die Cortical-Encephalitis werden auch die Folgezustände der Epilepsie leichter erklärlich, da bei der diffuseren Ausbreitung solcher Processe die Centren des Intellectes, die Nervenelemente des geistigen Lebens zerstört werden und dadurch die path.-anatomische Basis der consecutiven Geistesschwäche, des post-epileptischen Blödsinns geliefert ist.

Nach Verf. ist diese Auffassung auch psycho-pathologisch wichtig, denn es ist als sicher zu betrachten, dass die Epileptiker auch in den freien Intervallen nicht einwandsfrei zurechnungsfähig sind.

Bei solitärer Erkrankung des Ammonshornes, oder wenn Tumoren die Epilepsie auslösen, wodurch geringere Hirn-Substanz-Verluste

entstehen, bleibt der Geist ungetrübt, die intellect. Function wird nicht alterirt.

Selbst das Phänomen der Aura ist kein Prodrom der Epilepsie, sondern ein auf die Peripherie projicirtes Symptom der fertigen Attaque durch Reizung motorischer, sensorischer oder vasomotorischer Centren der Rindenschichten. Durch periphere Narben und Tumoren kann an Stelle dieser centrifugalen Form auch eine centripetale Aura treten.

Bei Epileptikern treten ferner häufig sensorische, tactile Hyper- und Anästhesien als Vorläufer auf. *Alle praemonitorische Zeichen* sind aber bloss *Reflex-Reizungen der* Ferrier'schen *Centren.*

In einem Falle, wo eine durch einen Tumor bedingte Cerebellar-Atrophie die Eplilepsie begründete, fand Verf. bei der von ihm immer unternommene Maass-Bestimmung eine Abnahme des Gewichtes der contralateralen Grosshirn-Hemisphäre. Nach den Gesetzen des normal-anatomischen Zusammenhanges sollen sich sogar nothwendiger Weise an die Atrophien des Cerebrum jene des Cerebellum knüpfen, und *wenn diese Combinationen latent sind, müssen Gewichtsmessungen angestellt werden, wodurch die Reciprocität der Atrophie ausser Zweifel gestellt wird.*

Bezüglich der Aetiologie ist Verf. der Ansicht, dass *die krankhafte Disposition bei allen Epileptikern in einer pathologischen Veranlagung präformirt sei,* und dass es bloss genügender Gelegenheitsursachen bedürfe, um den ersten Anfall in Scene zu setzen.

Ladislaus Pollàk (Ungarn).

---

42) **Seppilli G.:** Ricerche sul sangue dei pazzi pellagrosi. (Das Blut pellagröser Geisteskranker.) (Gaz. med. ital-lomb. 1881 Nro. 43.)

Es wurde das Blut von 55 pellagrösen Geisteskranken untersucht. In den meisten Fällen war die Anzahl der rothen Blutkörperchen vermindert, während sich bezüglich der weissen Blutkörperchen keine quantitativen Abweichungen ergaben.

Die cytometrische Untersuchung wies nach, dass das Haemoglobin fast immer verringert war. — Setzt man die normale Menge Hämoglobins = 100, so schwankte es

in 23% zwischen 95—80
in 27% „ 80—65
in 32% „ 65—50
in 7% „ 50—30

Diese Abnahme des Hämoglobins war häufiger und hochgradiger bei den Frauen, und stand keineswegs immer in geradem Verhältniss zur verminderten Anzahl der rothen Blutkörperchen; es müssen also in solchen Fällen diese letzteren auch qualitativ verändert sein.

Zur Entscheidung der Frage, ob die Pellagra auf eine Intoxication durch verdorbenen Mais (Lombroso) zurückzuführen sei, oder ihre Ursache darin habe, dass der Mais überhaupt ein ungenügendes, Stickstoffarmes Nahrungsmittel darstelle (Strambio, Bonfigli, Lussana) können die Ergebnisse dieser Untersuchungen allerdings nichts beitragen.

Obersteiner (Wien).

III. Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. Januar 1882.

Bei der Vorstandswahl für das neue Jahr wurde der bisherige Vorstand, bestehend aus: Herrn Westphal als Vorsitzender, Herrn Sander als stellvertretender Vorsitzender und Herrn Bernhardt als Schriftführer einstimmig wiedergewählt.

Sodann wurde beschlossen, zur Feier des Stiftungsfestes der Gesellschaft am 13. Febr. ein gemeinschaftliches Festessen zu veranstalten.

43) Hierauf demonstrirte Herr **Moeli** eine von ihm ersonnene *Modification des Kurbelrheostaten,* welche es ermöglicht, plötzliche bedeutende Stromschwankungen sowohl in auf- als in absteigender Richtung zu erzeugen, ohne dass der Strom dabei unterbrochen wird. Dieselbe besteht in einer Combination der Kurbel- mit einer Stöpselvorrichtung. Der Stöpsel befindet sich an einem Leitungsdraht, der mit dem centralen Ende der Kurbel in Verbindung steht. In den kreisförmig angeordneten Metallblöckchen, welche dem peripheren Kurbelende zum Contakt dienen, befinden sich Löcher zur Aufnahme des Stöpsels. Für gewöhnlich wird der letztere nicht verwandt. Will man aber einmal eine plötzliche beträchtliche Stromschwankung hervorrufen, so setzt man den Stöpsel in das Loch des der gewünschten Widerstandshöhe entsprechenden Metallblöckchens und setzt dann die Kurbel rasch ausser Contakt mit der Leitung. Die hierbei entstehenden Stromschwankungen wurden von dem Vortragenden an einem Galvanoscop deutlich nachgewiesen. Derartige plötzliche und bedeutende Stromschwankungen haben nach der Ansicht des Herrn Moeli einen praktischen Nutzen bei der Behandlung von Neuralgien und Hyperästhesien, namentlich bei der Acusticus-Hyperästhesie. Herr Moeli vindicirt daher seiner Modification des Kurbelrheostaten die gleiche Berechtigung und praktische Bedeutung wie der vor kurzem von Herrn Wernicke an demselben angebrachten Verbesserung, mit deren Hülfe es möglich ist, den Strom bis in die Hunderte und Tausende ganz allmählich und immer nur um eine Widerstandseinheit an- oder absteigen zu lassen. An einem Kurbelrheostaten, der allen Anforderungen entsprechen soll, dürfen daher diese beide Verbesserungen nicht fehlen.

Bei der Diskussion, an welcher sich Herr Bernhardt und Herr Remak betheiligten, hob ersterer hervor, dass er beide Verbesserungen in Bezug auf die Praxis für entbehrlich halte, und zwar die des Herrn Wernicke deshalb, weil die Schwankungen, welche bei den gebräuchlichen Kurbelrheostaten entstünden, viel zu irrelevant seien, um schädliche Folgen hervorrufen zu können, — was er durch eine Berechnung an der Tafel nachweist, — die des Herrn Moeli aber aus dem Grunde, weil er sich von dem Werthe plötzlicher grosser Stromschwankungen in der Praxis nie habe überzeugen können, wohl aber Fälle kenne, in welchen durch solche geradezu Schaden gestiftet wurde. Herr Remak konnte den letzteren Einwand aus seiner eigenen Erfahrung vollständig bestätigen, gegen die Verbesserung des

Herrn Wernicke wandte er ein, dass sie den Kurbelrheostaten erstlich um 100 Rm. vertheuere und sodann, dass sie bei gleichzeitiger Benutzung zweier Kurbelrheostate, von welchen der eine die Einer und der andre die Zehner und Hunderte enthalte, gänzlich überflüssig werde. So wie man nämlich auf dem ersteren beispielsweise bei 10 W. E. angekommen sei und weiter gehen wolle, müsse man nur a tempo die Kurbel desselben auf 0 W. E., die des andren dagegen auf 10 W. E. verschieben. Herr Remak tadelte ausserdem, dass Herr Moeli den Rheostaten in die Hauptschliessung eingeschaltet habe. Im übrigen erkannten beide an, dass die von Herrn Moeli demonstirte Verbesserung sinnreich ausgedacht sei. Herr Moeli wies darauf hin, dass er die Einschaltung in die Hauptschliessung nur aus praktischen Gründen vorgenommen habe, weil sie sich rascher und bequemer ausführen lasse und weil es behufs einer Demonstration der Wirkung an sich ganz irrelevant sei, ob der Rheostat in der Hauptschliessung oder in der Nebenschliessung stehe.

44) Hierauf demonstrirte Herr **Westphal** *mikroscopische Schnitte durch die Rinden- und angrenzende Marksubstanz aus dem Gehirn* eines Individuums, welches Hemianopsie und Störung des Muskelsinnes gezeigt hatte und bei dessen Sektion sich an den erkrankten Partien des Hirnmantels Adhärenz der Pia, gelbliche (bernsteinähnliche) Verfärbung und Erweichung fanden. Bei der Discussion über diesen in einer früheren Sitzung vorgetragenen Fall hatte es sich schliesslich noch darum gehandelt, ob die Veränderung des Hirns sich nur auf die Rindensubstanz beschränkt habe, oder ob auch die benachbarten Theile der Marksubstanz mit ergriffen seien. Herr Westphal war nun in der Lage nachzuweisen, dass die Marksubstanz ganz intakt sei, was er bereits in seinem früheren Vortrage als höchstwahrscheinlich hingestellt hatte. In der Rindensubstanz dagegen, die sich schon durch tiefere Carminfärbung von gesunder Rinde unterschied, betraf die Hauptveränderung die Pyramidenzellen, welche viel kleiner, unregelmässiger gestaltet und wie geschrumpft erschienen, während ihre Ausläufer ganz verloren gegangen waren. Der Vortragende will die eben beschriebene Rindenveränderung indess wohl unterschieden wissen von derjenigen, welche bei der allgemeinen Paralyse der Irren öfter getroffen wird und wo ebenfalls Adhärenzen der Pia und Erweichung der Rinde die Hauptrolle spielen. Bei den letzteren Fällen finde man zum Unterschiede nie jene oben erwähnte eigenthümliche Farbe der veränderten Rindenpartien.

Eine Diskussion knüpfte sich an diese Demonstration nicht.

45) Zum Schlusse demonstrirte Herr **Binswanger** ein in Alkohol gehärtetes *porencephalisches Gehirn*, bei welchem der Defekt in der sogenannten motorischen Region in der Nähe des Betz'schen Läppchens trichterförmig von der Aussenfläsche der Rindensubstanz in die Marksubstanz hinein verlief, jedoch den Ventrikel der entsprechenden Seite nicht erreicht. Der Vortragende hat das Gehirn vor etwa Jahresfrist bereits im frischen Zustand demonstrirt; im Leben des betreffenden Individuums hatten ataktische und paretische Erscheinungen der con-

tralateralen Körperhälfte bestanden. Nach einem allgemeinen Hinweis auf die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Porencephalie und über die Ausdehnung, welche dieselbe annehmen könne, neigte der Vortragende im Grossen und Ganzen am meisten der in dem Werke von Kundrat über Porencephalie vertretenen Ansicht zu, wonach diese Defekte auf eine durch anämische Encephalitis circumscripter Hirnprovinzen hervorgerufene Nekrose und Zerströrung zurückzuführen sind. Herr Binswanger hatte aus dem Rande des Trichters mikroscopische Schnitte angefertigt und theils mit Carmin, theils mit Nikrosin gefärbt, welche er der Gesellschaft zeigte. In denselben sah man als den Defekt unmittelbar begrenzende Schicht ein welliges Gewebe, welches sich von dem nächstfolgenden Stratum meist abgelöst hatte, darauf eine Schicht mit grossen und kleinen Körnern und schliesslich ein feinkörniges Stratum, in welchem sich grössere birnförmige Zellen mit oder ohne Kern sowie verkümmerte Pyramidenzellen mit unvollkommnen Ausläufern und rudimentären Achsencylindern fanden. Die mit Nikrosin gefärbten Schnitte erwiesen sich als die instruktiveren, was Herr Binswanger auch hervorhob. Nach seiner Ansicht eignet sich in Alkohol gehärtete Gehirnsubstanz überhaupt schlecht zum Färben mit Carmin. Eine Diskussion fand nicht statt.

Reinhard (Dalldorf).

II. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Januar 1881.

46) Vor dem Beginn seines zusammenhängenden Vortrages über die „*Erfolge und Nichterfolge der Nervendehnungen bei der Tabes dorsalis und den verwandten Krankheiten*“ stellte **Langenbuch** einen in den Zwanzigern stehenden, anscheinend gesunden und kräftigen Mann vor, bei dem er am 16. Dezember die Dehnung beider ischiadici vorgenommen. Der Mann war 1879 fieberhaft erkrankt, hatte dann zuerst eine Schwäche des rechten, später des linken Beins bemerkt und verschiedene Kuren vergebens durchgemacht. Soweit sich aus der Nachahmung des vor der Operation beobachteten Ganges entnehmen liess, litt der Kranke an den Symptomen sogenannter Seitenstrangsklerose (spastischer Spinalparalyse); Näheres wurde *nicht* referirt, es bleibe also dahingestellt, welcher Natur das Leiden war. Faktisch ging jetzt Patient ausgezeichnet, in durchaus normaler Weise. Am 9. Tage nach der Operation hatte dieser Kranke das Bett verlassen: erst besserte sich die Schwäche des linken, nach 8 Tagen auch die des rechten Beins.

Nach Langenbuch gäben derartige (wie gesagt, Näheres wurde nicht mitgetheilt) Fälle eine gute Prognose, so lange noch keine spontanen schmerzhaften Zuckungen aufgetreten seien.

In Bezug auf die Ausführung der Operation überhaupt warnte der Vortragende, keine allzucorpulenten Menschen der Operation zu unterwerfen, überhaupt solche nicht, welche aus irgend welchen Gründen eine doch immerhin auf 1—2 Wochen sich erstreckende ruhige Bettlage nicht vertragen könnten. Auch Morphiophagen gäben meist eine ungünstige Prognose. Was die Einzelfälle selbst beträfe, so habe Vortragender oft bei ganz alten Fällen leidliche Resultate erzielt, und

wieder bei relativ frischen nur geringe Erfolge aufzuweisen. — Offenbar würde die Operation viel in fehlerhafter Weise ausgeführt; durch zu starke Dehnungen kämen Zerreissungen namentlich der die Beuger des Unterschenkels versorgenden Nervenäste zu Stande und damit Lähmungen und Muskel-Atrophien; sodann würde durch einen zu starken Fingerdruck am Stamm selbst und die dadurch gesetzte Quetschung des Nerven viel geschadet.

Wie eine zufällige, durch den Tod eines Operirten ermöglichte Operation lehrte, könne der Nerv an der Operationsstelle trotz zu Stande gekommener prima intentio durch das vernarbende, sowie durch das zwischen den Einstichsstellen sich erstreckende feste Bindegewebe gedrückt werden: daher vielleicht häufig die 4—6 Wochen nach der Operation von Seiten der Kranken laut werdenden Klagen über Schmerzen an der Operationsstelle, über Verschlechterung des Erfolges etc. Es beruhten diese anatomischen Erscheinungen auf einer nicht entzündlichen degenerativen Gewebshypertrophie. Noch ungünstiger seien die Verhältnisse natürlich da, wo es zur Eiterung käme.

Den 8—10 Ctm. langen Hautschnitt macht man am besten in der Mitte der Hinterseite des Oberschenkels in der Mittellinie: man nehme sich vor Verletzung des auf der Fascie liegenden Hautnerven in Acht, spalte die Fascie und gehe dann nur mit dem Scalpell*stiel* in die Tiefe vor. Der zwischen zwei carbolisirten Schwämmen mit Daumen-, Zeige- und Mittelfinger gefasste Nerv wird dann central gedehnt. Ob der wenig elastische Nerv in der That *gedehnt* wird, bleibt dahin gestellt: das Wesentliche sei die Lostrennung des Nerven von seinen alten Ernährungs-Bedingungen und die Anbahnung neuer Ernährungswege. Im Ganzen entwickelt der Vortragende seine schon von seinen früheren Publikationen her bekannten Anschauungen, sich auch noch auf die S. Meyer'schen Arbeiten über die Degenerationsvorgänge im normalen Nerven stützend. Die Wirkung der Operation sei einmal eine *dynamische*, wie sie sich durch die Einwirkung auf die Respiration, den Puls, die Lichtung der Pupillen kund gäbe, sodann aber eine nachhaltigere sich erst später kundgebende, welche aber in jenem schnelleren Untergang an sich schon in Degeneration begriffener Nervenfasern, im Aufbau neuer aus den restirenden Kernen der alten etc. sich zeigte.

Zwischen allzu schwachen Dehnungen (Benedikt), welche nur dynamische Wirkungen hätten und übermässig starken sei die Mitte zu halten: gedehnt dürfe nur „central" werden. Strengste *Antisepsis* (über die sich der Vortragende des Weiteren verbreitet) sei unerlässliches Erforderniss, sowohl während der Operation, als auch in der Zeit der Nachbehandlung. Hat der Kranke etwa am 10. Tage das Bett verlassen, so seien lange und in methodischer Weise anzustellende Uebungen im Gehen und Stehen (auch bei Augenschluss) vorzunehmen, desgleichen seien die Massage und laue Bäder in Anwendung zu ziehen. Dem Kranken müsste gleichsam seine Ataxie abgewöhnt werden. Nur bei Dehnungen der N. crurales (*nie* bei Ischiadicusdehnungen) seien vorübergehende Blasenlähmungen vorgekommen, veranlasst durch

Zerrungen resp. Blutungen in das perivesicale Zellgewebe, wie dies bei anderen Operationen in dieser Gegend gerade ebenso sich fände: Blasenentzündung habe er nie gesehen: wo sie beschrieben sei, mag sie durch ein Versehen beim Katheterismus entstanden sein.

Die Depression des Kranken sei durch Zuspruch und klarlegende Vergleichung des Zustandes vor und nach der Operation zu heben.

Eine Diskussion über diesen Vortrag fand der vorgerückten Zeit wegen nicht Statt. M. Bernhardt (Berlin).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

47) Aus Bonn. Am 12. d. M. fand die feierliche Uebergabe der hiesigen Provinzial-Irrenheilanstalt an den Geheimen Med.-Rath Prof. Dr. Nasse durch den Prov.-Verwaltungsrath der Rheinprovinz Statt in Gegenwart von Laehr (Schweizerhof) und Snell (Hildesheim). Leider muss bei dieser Gelegenheit mitgetheilt werden, dass das Decernat über die Irrenangelegenheiten aus den vortrefflichen Händen des Landesrath Klein in andere übergegangen ist. Was Klein in dieser schwierigen Angelegenheit mit grösster Aufopferung und unendlichem Eifer für die Provinz geleistet hat, kann ihm diese nie vergessen.

48) Aus Cannstadt. Dr. Georg Fischer, durch seine vielfachen Publicationen auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten rühmlichst bekannt — auch dieses Blatt brachte im vorigen Jahre eine gediegene Arbeit von ihm über Nervendehnung bei Tabes dorsalis — übernimmt am 1. Februar die ärztliche Leitung des Wilhelmsbades. Dass er seine Thätigkeit vorzugsweise Nervenkranken widmen wird, bedarf wohl keiner besondern Erwähnung. Wir wünschen ihm von Herzen besten Erfolg. E.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bad Nassau (Wasserheilaustalt), dirigir. Arzt, Meldung an die Badeverwaltung. 2) Ueckermünde (Pommern), Assistenzarzt, sofort, 1200 Mark, freie Station. 3) Feldhof bei Graz (Steyermark, Director, 2400 fl. ö. W., 240 fl. Theuerungszuschuss, freie Wohnung etc. Meldung bis Mitte Februar an den Steyermärkischen Landesausschuss in Graz. 4) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis. Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 5) Leubus (Provinzial-Irren-Anstalt), a) Volontairarzt, 450 M. bei freier Station. Eine weitere Renumeration von 600 M. in Aussicht, b) Dritter Arzt, sofort, 1200 M., Kost der Pensionäre, Wohnung, Heizung und Beleuchtung. 6) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 7) Allenberg (Ost-Preussen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M., fr. Stat., b) Assistenzarzt, 1. Februar, 1200 M.. fr. Stat. 8) Schwetz, Volontairarzt. 9) Königslutter, 2. Assistenzarzt, 1200 M., fr. Stat. I. Classe. 10) Eberswalde, 1. Assistenzarzt, sofort, 1500 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass). III. Assistenzarzt, 1. März, 900 M. fr. Stat. 12) Die Kreisphysicate: Bolkenhain (Liegnitz), Daun (Trier), Deutsch-Krone (Marienwerder), Eisleben (Merseburg) Grottkau (Oppeln), Lyk (Gumbinnen), Militsch (Breslau).

Besetzte Stellen. Leipzig, Irrenklinik, 2. Assistenzarzt Herr Dr. Georg Lehmann aus Riesa. Hörd (Elsass), Assistenzarzt Herr Dr. Bickmeier. Die Kreisphysicate Wohlau durch Herrn Dr. Peters aus Eisleben, Kreuzburg durch Herrn Dr. Greber daselbst.

Auszeichnungen. Director Dr. Stark in Stephansfeld erhielt den Rothen Adler-Orden IV. Classe. Kreisphysicus Dr. Schönfeld in Züllichau den Titel Sanitäts-Rath.

Todesfälle. San.-Rath Dr. F. Runge in Nassau. San.-Rath Dr. Sänger in Hannover. Ober-Amtsarzt Dr. Hahn in Ellwangen. Med.-Rath Dr. Hoefler in Toelz.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. — 15. Februar 1882. — Nro. 4.

INHALT.

I. Originalien.

Ataxie im Kindesalter.

Von

Dr. RICHARD SCHULZ,

Prosector am herzogl. Krankenhaus zu Braunschweig.

Störungen des Centralnervensystems, bei welchen als Hauptsymptom *Ataxie* hervortritt, gehören im *jugendlichen*, noch mehr im *kindlichen* Alter, zu den grössten Seltenheiten. Mittheilungen über derartige Fälle finden sich in der Literatur nur äusserst spärlich. Am eingehendsten beschäftigte sich Friedreich mit der Ataxie im jugendlichen Alter. Er veröffentlichte bis jetzt im Ganzen 9 Fälle von „*hereditärer Ataxie*", die ersten 6 Fälle im Jahre 1863,[1]) 3 neue Fälle im Jahre 1876.[2])

[1]) Virch. Arch. Bd. 26. p. 391. Bd. 27. p. 1. 1863.
[2]) Virch. Arch. Bd. 68. p. 146. 1876. Bd. 70. p. 140. 1877.

Friedreichs 9 Fälle vertheilen sich auf 3 Familien; die Erkrankung begann in 3 Fällen im 13. Lebensjahre, in 4 Fällen im 15—16. Lebensjahre und in 2 Fällen im 18. Lebensjahre.

Im Grossen und Ganzen fand sich in diesen Fällen das der *Degeneration der Hinterstränge* bei Erwachsenen entsprechende Krankheitsbild, allmählich zunehmende Störung der Coordination der Bewegungen der unteren, später der oberen Extremitäten, schliesslich der Sprachorgane, davon abweichend fast gar keine Sensibilitätsstörungen, Freibleiben der Sinnesorgane.

Vier von den Fällen Friedreichs kamen zur Section, nur einer jedoch (Fall 6) ist von Prof. Friedrich Schultze genau untersucht.

Es fand sich in allen Fällen graue Verfärbung, Degeneration der Hinterstränge als Hauptbefund, in dem von Schultze untersuchten Fall 6 waren am stärksten degenerirt die Goll'schen Stränge, geringer die Keilstränge und die hinteren Abschnitte der Seitenstränge.

Friedreich nimmt an, dass es sich in diesen Fällen um *hereditäre Veranlagung*, um *hereditäre Entwicklungshemmung* des *Rückenmarks* handle. Zu der gleichen Kategorie von Fällen sind zu zählen die Beobachtungen von Bouchut[1]) bei zwei Kindern im Alter von 11 und 14 Jahren, von Kellay[2]) bei zwei Brüdern, von welchen der eine mit $5^1/_2$ der andere mit 6 Jahren erkrankte; ferner sind hierher zu rechnen die Fälle von Hitzig (Berl. klin. Wohcenschr. 1875. p. 513), welcher bei 3 Kindern einer tabischen Mutter atactische Gehstörungen zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre auftreten sah, sowie diejenigen Seeligmüller's (Arch. für Psych. und Nervenkr. Bd. X. 1), welche allerdings Personen von 21, 26 und 28 Jahren betrafen. Auch Quincke's Fälle (Virch. Arch. Bd. 68. p. 164. 1876.), die Geschwister Kern betreffend, welche im 7. Lebensjahre erkrankten, sowie der Fall Schmid's in Allstätten (Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. 1880. Nro. 4.), welcher im 13. Jahre an atactischen Gehstörungen erkrankte, scheinen hierher gerechnet werden zu müssen. Ob auch der Fall von Hollis (Locomotor. ataxy in a boy. Brit. med. Journ. Juli 31. 1879), in welchem ein 13jähr. Knabe ohne irgend welche nervös hereditäre Anlage an exquisiter Ataxie der unteren Extremitäten mit fehlenden Patellarreflexen bei Fehlen von Sensibilitätsstörungen ohne Sehstörungen und Anomalien der Pupillen mit langsamer undeutlicher Sprache erkrankte, hieher zu zählen ist, kann ohne Einsicht der Originalmittheilung nicht entschieden werden.

Doch auch bei Erkrankungen der Centralorgane anderer Art wurde Ataxie im jugendlichen Alter beobachtet. Dahin gehören die Fälle von *Ataxie* nach *Diphtheritis* von Grainger-Stewart (Edinburgh medical Journal 1870. p. 988) bei einem 17jähr. Student, von Rumpf bei einem 9jähr. Mädchen (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. XX. p. 120) und von mir bei einem 18jähr. jungen Mann (ebendaselbst, Bd. X. XIII. p. 360) beobachtet.

---

[1]) Ataxie locomotrice et sclérose des cordons posté rieures de la moëlle chez les enfents. Gaz. des hôpitaux Nro. 38, 1874.

[2]) Two cases of locomotr. ataxy in children. Arch. of Electr. and Neurolog. Vol. II. p. 182. 1875.

Das Krankheitsbild zeigte in diesen Fällen ungemeine Uebereinstimmung, Gaumensegellähmung, Accomodationsparese, Parese der Musc. rect. interni, Fehlen der Patellarreflexe, Parese der unteren Extremitäten und als hervorstechendes Symptom bedeutende *Ataxie* der unteren, geringere der oberen Extremitäten bei Fehlen jeder Sensibilitätstörung. Obwohl in diesen Fällen keine Section den Sitz der Läsion uns enthüllte (die Patienten wurden geheilt), so dürfte doch die Annahme begründet sein, dass die Läsion in einer Entzündung der grauen Substanz des R.-M. zu suchen und die *Ataxie* als eine *spinale* aufzufassen ist.

Als dritte Erkrankung des Centralnervensystems, bei welcher Ataxie im jugendlichen und kindlichen Alter bisweilen als auffälligstes Symptom auftritt, ist der *chronische Hydrocephalus internus* zu nennen. Diese Thatsache scheint übrigens ziemlich unbeachtet geblieben zu sein. Man findet wenigstens in Lehrbüchern nur Andeutungen darüber. So sagt Hennoch (Vorlesungen über Kinderheilkunde 1881. p. 243). „Die Motilität der oberen Extremitäten ist in der Regel nicht wesentlich beeinträchtigt, nur bemerkt man oft, dass die Kinder beim Versuch einen Gegenstand zu fassen, *unangemessene Bewegungen machen, welche mit Chorea entfernte Aehnlichkeit haben*". Ferner erwähnt Huguenin (Ziemssen spec. Path. und Therapie. Bd. XII. p. 963), bei Abhandlung des chron. Hydrocephalus und Besprechung der dabei vorkommenden Störungen der Motilität. „Mannigfache Störungen in der Innervation der Muskeln kommen vor: a) Unfähigkeit *coordinirte Bewegungsreflexe* auszuführen" etc. Erst Rumpf machte (Deutsch. Arch. für klin. Medic. Bd. XXIII. p. 527) darauf aufmerksam, „dass gerade bei dem *chronischen Hydrocephalus internus* Erscheinungen des R.-M. zu recht häufigen und wichtigen Symptomen gehören" und theilte unter anderen Fällen zwei Beobachtungen von Hydroceph. intern. chron. betreffend einen 6½ jähr. und 14 jähr. Knaben mit, welche neben Erscheinungen der *spastischen Spinalparalyse* der erstere *hochgradige*, der zweite *leichte aber deutliche Ataxie* in den obern und unt. Extremitäten darboten. Der erste Patient erkrankte im Alter von ungefähr 3½ Jahren, der zweite mit 13¼ Jahren.

Diesen interessanten Beobachtungen eine neue, höchst charakteristische anzureihen, soll der Zweck nachfolgender Zeilen sein.

Patientin, ein *5jähriges Mädchen*, das dritte Kind neuropathisch nicht belasteter, gesunder, armer Eltern, (Die älteren und ein jüngeres Kind sind vollkommen gesund.) wurde als ein anscheinend vollkommen gesundes Kind geboren. Der Zahnungsprocess wurde ohne Störung durchgemacht. Das Kind hatte *nie Krämpfe*. Es lernte zur rechten Zeit *sprechen* und *lief* mit *2 Jahren*. Im dritten Jahre fing das Kind an über *Kopfschmerzen* zu klagen, es wurde auf den *Beinen unsicher* und fiel oft hin. *Innerhalb 14 Tage entwickelte sich die noch jetzt bestehende Gehstörung*. Ungefähr ein Jahr nach Beginn der Erkrankung im April 1880 sah ich die Patientin zuerst und zwar wurde ich wegen der permanenten Kopfschmerzen zu Rathe gezogen. Von den Gehstörungen wurde mir nichts mitgetheilt, das Kind sass ruhig im Sopha, ich sah es nicht gehen, so dass mir damals der weiter unten zu schildernde Symptomencomplex entging. Der Kopf

des Kindes war wohl etwas stark, aber nicht auffallend. Es wurden von mir stärkende Bäder, kräftige Diät, viel Aufenthalt in freier Luft, Leberthran, Jodeisensyrup, Kal. jod. wechselweise verordnet. Später kam das Kind aus meiner Behandlung und ich sah es erst Ende September vor. J. gelegentlich einer Erkrankung der Mutter des Kindes wieder. Das Kind hatte sich äusserlich sehr erholt, hatte dicke Backen bekommen; es litt jedoch zeitweise noch an Kopfschmerzen und hatte in letzter Zeit bisweilen Erbrechen. Jetzt erst wurde mir von den Gehstörungen, dass es nicht laufen könne, gesagt und ich nahm Gelegenheit eine eingehende Untersuchung vorzunehmen, welche mir nachstehende interessante Resultate ergab.

Stat. praes. d. 7. X. 81. Das Kind sitzt ruhig in der Sophaecke den Kopf hinten angelehnt, wie es meist nach Angabe der Eltern zu thun pflegt. Es macht den Eindruck, als wäre ihm eine Unterstützung des Kopfes Bedürfniss: hebt es denselben und bewegt ihn, so bekommt es leicht Kopfschmerz und fängt an zu weinen. Seine Intelligenz ist normal, die Eltern geben an, dass es sehr feinfühlig und empfindlich sei; Sinnesorgane intact, Pupillen mittelweit, gut reagirend. *Kopf entschieden stärker* als dem Alter entsprechend. *Hinterkopf sehr stark, Parietalbeine vorgetrieben. Kopfumfang* über den Augenbrauen gemessen *56 Ctm.* Körper normal gebildet, zart. Wirbelsäule gerade, bei Druck schmerzhaft, Beine in der Entwicklung etwas zurückgeblieben.

Wird das Kind unter den Armen gefasst auf den Fussboden gestellt und aufgefordert zu gehen, so setzt es unter *hochgradig atactischen* Bewegungen wie der hochgradigste Tabiker schleudernd, hahnentrittartig die Füsse vor einander, dieselben sind jedoch nicht im Stande den Körper ohne Unterstützung zu tragen. Fordert man das Kind auf nach einem vorgehaltenen Gegenstand zu greifen, so tritt die *hochgradige Ataxie der Arme* hervor. Die *Sensibilität* ist an Händen und Füssen *vollkommen intact. Muskelgefühl intact. Muskelkraft sehr bedeutend vermindert. Muskelspannungen nicht vorhanden. Keine Spur von Contracturen.* Die Beine liegen schlaff neben einander, die Füsse in Spitzfussstellung. Die *Hautreflexe* sind ungemein *lebhaft.* Die *Patellarreflexe* beiderseits *sehr gesteigert. Lebhafter Dorsalclonus beider Füsse.* An den *Armen* kann durch Klopfen auf die Tricepssehne *Reflexcontraction* hervorgerufen werden. Blasenfunction jetzt normal, früher etwas träge. Meist Verstopfung. Eine electrische Untersuchung konnte leider nicht vorgenommen werden.

Im vorstehend mitgetheilten Falle haben wir es mit einem *chronischen Hydrocephalus internus* zu thun, welcher sich im 4. Lebensjahre in ziemlich acuter Weise wohl in Folge einer *Leptomeningitis* entwickelte. Im Anschluss daran entwickelte sich ein Krankheitsbild, welches aus *hochgradiger Ataxie* und den Symptomen der *spastischen Spinalparalyse* zusammengesetzt ist. Das Krankheitsbild der letzteren scheint bei Kindern weit häufiger vorzukommen, als dies angenommen wurde, worauf Erb[1]) zuerst hinwies. Hingegen gehört das Vorkommen von *Ataxie* bei Kindern zu den grössten Seltenheiten. Es sind mir trotz des eifrigsten Nachforschens ausser den Fällen Rumpf's keine bekannt geworden. Wo wir in dem mitgetheilten und den Fällen Rumpf's die anatomische Läsion zu suchen haben, ob in einer *secundären Degeneration der Seitenstränge mit oder ohne Betheiligung*

[1]) Memorabilien 1877. Heft 12.

der grauen Substanz, ob nur in *functioneller Reizung der betreffenden Stränge* ohne materielle Veränderungen derselben, ob nur in *Beeinträchtigung* der *Centren* im Gehirn durch Druck der hydrocephalischen Flüssigkeit, das dürfte ausserordentlich schwer zu entscheiden sein. Rumpf kommt bei Besprechung dieser Frage zu dem Resultat, dass wir es mit einer *secundären Degeneration* der *Pyramidenbahnen* im Anschluss an einen durch *Leptomeningitis infantum* entstandenen *chronischen Hydrocephalus* zu thun haben.

Die *Ataxie*, welche in diesen Fällen als rein *motorische* zu bezeichnen ist, erklärt er durch eine Erkrankung der in den *Seitensträngen* nach Worischoloff und Schiff verlaufenden *coordinatorischen Bahnen*, oder durch Erkrankung der *coordinatorischen Centren* eventuell durch Erkrankung der *grauen Substanz*, welche er als Ursache der *Ataxie* nach *Diphtheritis* in Anspruch nahm. Rumpf suchte seine Annahme vorzugsweise zu stützen durch Hinweis auf den pathol.-anatomischen Befund Friedrich Schultze's bei einem 2½ jähr. an chron. Hydrocephalus zu Grunde gegangenen Kinde, bei welchem sich secundäre Degeneration der Seitenstränge durch das ganze Rückenmark hindurch fand.

Abgesehen davon, dass in diesem Falle das Krankheitsbild ein wesentlich anderes war, es bestanden Contracturen (die Sehnenreflexe wurden noch nicht untersucht), welche im mitgetheilten Falle vollständig fehlen, kann ich auf meine diesem Befunde entgegenstehende Beobachtung bei einem 54 jähr. Manne mit hochgradig. Hydrocephalus internus (Deutsch. Arch. für klin. Medic. Bd. XIII. Heft III. p. 351.) hinweisen, welcher *trotz der Erscheinungen ausgeprägter spast. Spinalparalyse keine materiellen Veränderungen* des Rückenmarks darbot. Hier kann man allerdings einwerfen, dass es vielleicht in Folge der bei einem Erwachsenen grösseren Widerstandsfähigkeit der nervösen Elemente nicht zu einer secundären Degeneration kam, die beim zarten kindlichen Organismus leichter eintreten kann, andererseits hätte aber wohl das lange Bestehen der Störung doch dazu führen sollen.

Nach diesen Erörterungen müssen wir meiner Ansicht nach als wahrscheinlichste Ursache der *Ataxie* und der Erscheinungen der *spastischen Spinalparalyse* in diesen Fällen eine *Beeinträchtigung der Medulla oblongata* und der *coordinatorischen Centren im Gehirn* durch *Druck der hydrocephalischen Flüssigkeit* annehmen. Eine secundär *functionelle Reizung der Seitenstränge* würde die Erscheinungen der *spastischen Spinalparalyse*, sowie, wenn man nicht eine Beeinträchtigung der coordinator. Centren im Gehirn annehmen will, eine functionelle Störung der in den Seitensträngen verlaufenden *coordinat. Bahnen* die *Ataxie* hinreichend erklären.

Eine *materielle* Veränderung der *Seitenstränge* in Gestalt *secundärer Degeneration* anzunehmen ist durchaus nicht nöthig, die Möglichkeit einer solchen, jedoch nicht ausgeschlossen.

II. Referate.

49) **Sigmund Exner** (Wien): Zur Kenntniss der motorischen Rindenfelder. (Sitzber. d. K. Ak. d. Wissensch. zu Wien 84 B. Juli 1881.)

Da es bekanntlich Muskelgruppen gibt, welche ihr motorisches Rindenfeld nicht nur in der gekreuzten Hemisphäre, sondern auch in der gleichseitigen haben, — und zwar handelt es sich in erster Linie um jene Muskeln, welche gewöhnlich oder immer gleichzeitig innervirt werden — so ist die Thatsache interessant, dass beim Kaninchen auch die Muskeln des Vorderbeines in beiden Hemisphären vertreten sind. — Man bemerkt nämlich, dass bei Reizung eines Rindenfeldes für die vordere Extremität leicht auch die gleichseitige in allerdings schwächere, Mitbewegung geräth. Dasselbe tritt auch noch ein, wenn zwischen beide Hemisphären ein dünnes Glasplättchen geschoben, oder der Balken durchschnitten wurde, ja auch dann noch, wenn vorher die Rinde der anderen Hemisphäre weggenommen worden war; hingegen hört in beiden Beinen die Bewegung auf nach vorheriger Unterschneidung der gereizten Rindenstelle. —

Es muss also diese Bewegung, ohne auf Stromschleifen zu beruhen, von der nämlichen Hemisphäre aus erregt werden; nur sind es nicht genau symmetrisch gelegene Muskelgruppen, welche in Contraction gerathen, die erzielten Bewegungen tragen vielmehr den Character willkürlicher Bewegungscombinationen (ähnlich den beiderseitigen seitlichen Augenbewegungen).

Bezüglich des Ausklingens der Rindenfelder — dass nämlich die Stelle grösster Intensität umgeben ist von einer breiten Zone, welche immer noch, wenn auch im geringeren Grade dieselben functionellen Beziehungen aufweist, sind die Versuche werthvoll, welche am Kaninchen nachweisen, dass der grösste Theil der von oben sichtbaren Convexität des Gehirnes bei Reizung eine Bewegung der vorderen Extremitäten liefert. Je weiter man sich von der für das Kaninchenhirn als Rindenstelle der Vorderpfote bekannten Gegend entfernt, umsomehr muss man die Intensität des Reizes steigern, doch handelt es sich hierbei gewiss nicht um Stromschleifen, wie eine Reihe von Controllversuchen klar nachweist. —

Obersteiner (Wien).

---

50) **Sigmund Exner** (Wien): Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen. (Wien Braumüller 1881 180 S. 25 Taf.)

Exner hat sich mit grossem Aufwand an Zeit und Mühe der sehr dankenswerthen Arbeit unterzogen, die gesammte Casuistik über localisirte Rindenerkrankungen — bei Abschluss der Zusammenstellung mehrere tausend Fälle umfassend — genau durchzusehen, und nach Ausscheidung aller Fälle, welche ihm für die weitere Benützung ungeeignet erschienen, dazu zu verwenden, um die Frage nach der functionellen Bedeutung der einzelnen Abschnitte der menschlichen Hirn-

rinde ihrer endgiltigen Lösung näher zu rücken. — Die Bedingung, unter welcher ein Fall als brauchbar angesehen wurde, war ausser unzweideutig beschriebener Krankengeschichte und gutem Sectionsbefund der Mangel jedweder Läsion im Gehirn oder Rückenmarke neben der Rindenerkrankung. — Es verbleiben darnach nur 169 als brauchbar angesehene Fälle. —

Absolute Rindenfelder nennt Exner jene Stellen der Hirnrinde, deren Läsion jedesmal eine bestimmte Functionsstörung zur Folge hatte; fehlt in einem oder dem anderen Falle die betreffende functionelle Störung oder wird sie durch eine andere ersetzt, dann spricht er von einem *relativen Rindenfelde.* Absolute motorische Rindenfelder sind nur für die Extremitäten und den rechten Facialis vorhanden. Das absolute Rindenfeld ist umgeben von einer breiten Zone, welche das relative Rindenfeld für dieselbe Störung darstellt. —

Als *Rindenfeld der latenten Läsionen* werden jene Theile der Hirnrinde bezeichnet, welche verletzt sein können, ohne dass Motilitätsstörungen der Extremitäten, des Facialisgebietes, des Hypoglossus, der Augenmuskeln, der Muskeln des n. Trigeminus, der Nackenmuskeln, oder Störungen des Tastsinnes, des Gesichtsinnes oder der Sprache eintreten. Zunächst ergibt sich, dass eine Läsion, wenn sie die rechte Hemisphäre trifft eher ohne eine der genannten Störungen verlaufen kann, als wenn die linke Hemisphäre betroffen ist. (2: 3)

Auf der rechten Hemisphäre breitet sich das Rindenfeld der latenten Läsionen über die ganze Rinde mit Ausnahme der beiden Centralwindungen und des Paracentralläppchens aus, während linkerseits auch der ganze Parietallappen (auf der convexen Oberfläche) und der grösste Thail des Occipitallappens auszuschliessen ist.

Das absolute Rindenfeld der *oberen Extremität* liegt rechts im Lobulus paracentralis, in der vorderen Centralwindung (mit Ausnahme ihres untersten Theiles) und der oberen Hälfte der hinteren Centralwindung; links muss ausserdem noch das ganze mittlere Drittel der hinteren Centralwindung und der grössere Theil des oberen Scheitelläppchens dazu gerechnet werden.

Für das absolute Rindenfeld der *unteren Extremität* wurde an der rechten Hemisphäre der Lobulus paracentralis sowie das obere Drittel der vorderen und (theilweise) der hinteren Centralwindung gefunden, an der linken Hemisphäre Lobulus paracentralis, obere Hälfte der hinteren Centralwindung und der grösste Theil des oberen Scheitelläppchens.

Das absolute Rindenfeld für den *Facialis* liegt linkerseits in der vorderen Hälfte des Gyrus centralis ant., in der Nähe der mittleren Stirnwindung; — an der rechten Hemisphäre ist gar kein absolutes Rindenfeld für den Facialis nachzuweisen. Unter 54 Fällen war der Orbicularis palpebrarum nur einmal gelähmt, und zweimal von Zuckungen befallen.

Die Stelle wo Gyrus frontal. med. und inf. mit dem Gyrus central. ant. zusammenstossen, kann, ohne dass ein absolutes Rindenfeld für den *Hypoglossus* vorhanden wäre, doch als diejenige angesehen

werden, von welcher aus am leichtesten Motilitätsstörungen in der Zunge hervorgerufen werden.

Für die *Nacken- und Halsmuskeln* sind die beiden Centralwindungen am bedeutungsvollsten.

Bei Lähmung des *Levator palpebrae* sitzt die Läsion (4 Fälle) immer im Scheitellappen.

Ueber die Beziehungen der Hirnrinde zu den Bulbusbewegungen, insbesondere der conjugirten Deviation können die Untersuchungen Exners dem Bekannten nicht viel hinzufügen.

Sehr beachtenswerth erscheinen hingegen die Ergebnisse bezüglich des Rindenfeldes für die Sprache. Unter den 31 Fällen von Aphasie befindet sich nur einer, in welchem die Aphasie — die bloss vorübergehend war — durch eine Läsion der rechten Hemisphäre bedingt war. Der unteren Stirnwindung kommt nicht jene Bedeutung zu, welche man ihr zuzumuthen geneigt ist; es zeigen nämlich die hinteren Theile der mittleren Stirnwindung, sowie die beiden oberen Schläfenwindungen eine eben so innige — die Scheitelläppchen bis in den Occipitallappen hinein eine allerdings geringere — Beziehung zur Sprache. — Exner fand unter seinen Fällen aber 5, in denen Läsion der linken unteren Stirnwindung ohne Sprachstörung vorhanden war. Versuche, das Sprachfeld entsprechend den verschiedenen Arten der Aphasie in Unterabtheilungen zu spalten, werden sehr dadurch erschwert, dass aus den Beschreibungen der Krankheitsfälle die Art der Aphasie nur selten (?) zu entnehmen ist. Soviel scheint aber hervorzugehen, dass man um so eher eine ataktische Aphasie beobachten wird, je näher die Läsion dem hinteren Theile der unteren Stirnwindung liegt, und je weniger ausgedehnt die Zerstörungen sind. Je ausgedehnter die Läsion, um so wahrscheinlicher wird die Combination mit amnestischer Aphasie, um so eingreifender sind überhaupt die Sprachstörungen. Nähert sich die Läsion dem absoluten Rindenfeld der oberen Extremität, dann wird auch Agraphie zu erwarten sein. Läsionen des Schläfenlappens, vorzüglich des Gyrus tempor. med. erzeugen Worttaubheit.

Das Rindenfeld für den *Gesichtssinn* ist im Occipitallappen, besonders in der oberen Occipitalwindung zu suchen. —

Die Rindenfelder für die *tactilen Empfindungen* fallen im Allgemeinen mit den motorischen Rindenfeldern des entsprechenden Körpertheiles zusammen. —

Als ein wichtiges Resultat muss die Erfahrung angesehen werden, dass die linke Hemisphäre von höherer Bedeutung für die Motilität, die rechte Hemisphäre aber für die Sensibilität bedeutender ist.

Exner nimmt an, dass die Stabkranzfasern, welche die Hirnrinde mit den Muskeln in Verbindung zu bringen haben, nur von den intensivsten Antheilen der Hirnrinde (etwa dem absoluten Rindenfelde) ausgehen; es ist daher in keinem Falle von vollständiger Zerstörung eines ganzen Rindenfeldes, welche zur Lähmung einer Extremität geführt hat, die letztere wieder geschwunden, — die Frage nach der Substitution der Rindestellen erledigt sich demnach von selbst; hingegen gehen Lähmungen, welche durch Läsionen der relativen Rindenfelder bedingt sind, im Allgemeinen leichter zurück.

Die sogenannte Mitbewegung — Contraction weiterer Muskelgruppen bei sehr intensiver Innervation eines Muskels — erklärt E. durch Ueberschwingen der Erregung von einem Rindenfelde auf ein anderes, oder wenn beide Rindenfelder sich decken, von den Bahnen des einen in die Bahnen des anderen. Die krankhaften Erscheinungen, welche bei Läsionen der sensorischen Rindenfelder beobachtet werden, lassen sich leicht mit denen bei Erkrankungen der motorischen Regionen in eine Parallele bringen.

Ein ausführliches Literaturverzeichniss, in welchem alle bis zum Beginne des Jahres 1880 veröffentlichten Fälle von Rindenerkrankungen mit möglichster Vollständigkeit aufgezählt erscheinen, ist für alle, welche sich späterhin mit dieser Frage beschäftigen werden, eine äusserst werthvolle Zugabe.

Ausser den tabellarischen Zusammenstellungen geben auch die 25 beigefügten, sehr correct ausgeführten Tafeln ein übersichtliches Bild der im Texte angeführten Thatsachen.

Obersteiner (Wien).

---

51) **Chr. Leegaard** (Christiania): Kasuistisk bidrag til läran om lokalisationen i hjärnens kortikalsubstans. (Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Localisation in der Corticalsubstanz des Gehirns.)

(Nordiskt Medic. Arkiv Bd. XIII. Nro 15. Sep.-Abdr.)

A. F., Tischler, 69 Jahre alt, ist bis auf eine im letzten Jahre bemerkbare Abnahme des Ernährungs- und Kräftezustandes und hin und wieder auftretende Schmerzen im Hinterkopf und in der linken Körperseite bisher gesund gewesen. Am 7. September 1880 trat unter heftigen Schmerzen im Hinterkopf und linken Arm, ohne dass das Bewusstsein verloren ging, eine Lähmung der linken Körperseite auf, ausserdem einige Schwierigkeit beim Schlucken. Nach dem Anfall verloren sich die Schmerzen wieder.

Am Tage darauf wurden bei seiner Aufnahme ins Hospital folgende Erscheinungen notirt.

Pat. mager, zart gebaut, von cachectischer, fahler Gesichtsfarbe. Sprache etwas holperig. Pupillen contrahirt, reagiren träge. Linksseitige Lähmung der unteren Zweige des Facialis; starke Deviation der Zunge nach links; Parese des linken Arms, der nicht abducirt und nur wenig von der Unterlage erhoben werden kann; geringe Schwäche des linken Beins. Sensibilität, Reflexe, electrische Erregbarkeit normal. Schlängelung und Rigidität der Radialarterien; unregelmässiger frequenter Puls; normale Temperatur.

Die physicalische Untersuchung ergiebt Verstärkung des zweiten Aortentones, sonst nichts Abnormes.

Schon drei Tage später, am 11. September, waren die Lähmungssymptome der Extremitäten verschwunden, *dagegen die Lähmung des Facialis und Hypoglossus unverändert*, eher etwas stärker ausgeprägt.

In den folgenden Tagen ab und zu Schmerzen in Stirn und Nacken, Nachts Unruhe, bei Tage etwas Benommenheit. Ohne weitere Vorboten, sowie ohne Verlust des Bewusstseins, trat am 22. Septem-

ber ein neuer Anfall auf. Nach einander bildete sich im Laufe dieses Tages eine allmählig zunehmende Lähmung des linken Arms, dann des Beines aus, während die Somnolenz ebenfalls zunahm. Bei Anrufen Erwachen und verständige Antworten. Die gelähmten Extremitäten und zwar in höherem Grade der Arm, zeigten Rigidität der Muskulatur, das Bein ausserdem deutlich erhöhte Sehnenreflexe (Fuss- und Kniephänomen). Auch wurde spontan anftretendes Zittern des gelähmten Fusses beobachtet. Am Arm konnte eine Erhöhung der Reflexerregbarkeit nicht constatirt werden. In diesen Tagen leichte Temperaturerhöhung (bis 37,9). Innerhalb einiger Tage verlor sich die Lähmung und Rigidität des linken Beines, ohne dass die Reflexerregbarkeit sich änderte. *Demnach blieb eine linksseitige Lähmung des Facialis, des Hypoglossus und des Arms zurück.*

Tod am 11. October nach allmälig zunehmendem Collaps.

Section am 12. October (Prof. Heiberg):

Linke Hemisphäre normal. Die rechte Hemisphäre zeigt einen auf die Rinde beschränkten Erweichungsherd von gelbweisser Farbe, welcher die untere Hälfte beider Gyri centrales einnimmt, und einerseits ein wenig auf die untere Stirnwindung übergreift, andererseits sich streifenförmig im Grunde des Sulcus Rolando nach oben hin fortsetzt. Die weisse Substanz vollständig intact, weder im Gehirn noch Rückenmark secundäre Degeneration. Im corpus caudatum fand sich noch ein erbsengrosser oberflächlich gelegener Erweichungsherd. Die rechte art. foss. Sylvii zeigte sich an ihrem Abgangsorte durch eine feste organisirte Masse, welche sich centralwärts noch in die art. carotis int. fortsetzte, vollständig verstopft; die Zweige der art. foss. Sylvii, welche sich zu dem Erweichungsherd begaben, waren ebenfalls mit embolischen Gerinnseln ausgefüllt. Der grösste Theil der art. foss. Sylvii dagegen, sowie die zu dem corp. striatum gehenden Zweige derselben enthielten nur frische rothe Gerinnsel.

Die Section ergab im Uebrigen eine sehr allgemeine und weit vorgeschrittene atheromatöse Entartung der Arterien einschliesslich der Aorta, ferner hämorrhagische Infarcte in beiden Lungen, ein 8 cm. im Durchmesser grosses carcinomatöses Geschwür an der hinteren Magenwand, zahlreiche Krebsknoten in der Leber, Granularatrophie beider Nieren, in der rechten ausserdem Infarcte, ferner Thromben in den Beckenvenen. Endlich fand sich das Zellgewebe rings um Larynx und Trachea bis hinunter gegen das Sternum fibrös verdichtet und durch den Zug desselben bedingt eine winklige Ausbiegung der Trachea.

Vf. betrachtet die zur Thrombenbildung führende Endarteriitis des intracraniellen Abschnittes der a. carotis int. und des Anfangstheiles der a. foss. Sylvii als Ausgangspunkt für die embolischen Verstopfungen der zu dem Erweichungsherd gehenden Endäste letzterer Arterie. Diese Embolieen haben in zwei Schüben stattgefunden, und zwar betrafen sie das erste Mal, am 7. Sept., die unterste Partie der Centralwindungen — das Centrum für die Bewegungen der Zunge und des unteren Gesichtsabschnittes — das zweite

Mal, am 22. Sept., die darüber gelegene Partie der Centralwindungen — das Centrum für die Bewegungen der oberen Fxtremität —. Die unmittelbar nach den Anfällen beobachtete grössere Ausbreitung der Lähmung wird durch später wieder ausgeglichene Circulationsstörungen in der Umgebung der von der Embolie betroffenen Partieen erklärt. Zwei schematische Abbildungen der Gehirnoberfläche, in dessen eine der Erweichungsherd eingetragen ist, während die andere die Lage der betreffenden psychomotorischen Centren nach Charcot und Pitres zeigt, illustriren diese Verhältnisse.

Dem kleinen oberflächlichen Erweichungsherd im nucleus caudatus glaubt L. — wohl mit Recht — eine Bedeutung für die Lähmungserscheinungen nicht beimessen zu müssen.

Da Pat., wie die Anamnese bei der Aufnahme ergab, und die deutlich sichtbaren Narben bestätigten, vor ca. 20 Jahren an vereiternden „Beulen und Knoten“ im Gesicht und auf dem oberen Abschnitt der Brustgegend gelitten, so ist nach Verf. einiger Grund zu der Annahme vorhanden, dass die ausgebreiteten endarteriitischen Processe einem syphilitischen Grundleiden ihren Ursprung verdanken. Auch die oben angeführte Veränderung des Zellgewebes am Halse könnte für diese Annahme in Anspruch genommen werden.

Dehn (Hamburg).

---

52) **Kahler** und **Pick**: Weitere Beiträge zur Pathologie und path. Anatomie des Centralnervensystems. (Separatabdruck aus der Prager Zeitschrift für Heilkunde. Bd. II. 1881.)

(Schluss.)

III. Zur Lehre von den Fasersystemen in den Hintersträngen des Rückenmarks.

Die Frage nach der pathol. Anatomie d. Tabes dorsalis gehört noch zu den dunkelsten der R.M.-Pathologie. Der Grund davon liegt an den ungenügenden Daten, die wir über den Faserverlauf in der untern Hälfte der Hinterstränge besitzen.

Um in dieser Frage zur Aufklärung beizutragen wird der R.M.-Befund eines 23jährigen ledigen Corporals mitgetheilt, welcher nach excessiv betriebenem coitus heftige Schmerzen in der Kreuzbeingegend, Reissen und Ziehen in den Beinen, Parese derselben, Incontinentia urinae et alvi, Blasenkatarrh, und Anaesthesie der Unterschenkel bekam. Decubitus, Pyelonephritis und Sepsis führten den Tod herbei nach fünfmonatlichem Verlauf. Die Untersuchung des gehärteten R.M. ergab eine auf die weisse Substanz der Hinterstränge beschränkte und zwar strangförmig, sich gleichmässig durch das ganze R.M. erstreckende Erkrankung. Im Hals- und oberen Dorsaltheil hält sich das Erkrankungsfeld genau an die Goll'schen Stränge. Continuirlich setzt sich die Erkrankung in derselben Flächenausdehung fort durch das mittlere und untere Brustmark, erst in dem Lendenmark tritt successive eine Verbreiterung des Erkrankungsfeldes und Zurücktreten von der hintern Commissur ein. Der histologische Befund ist der einer subacut oder chronisch verlaufenden primären Systemerkrankung der Hinterstränge und auch die Topographie berechtigt zu der Annahme einer solchen.

Die Erkrankungsfelder in den verschiedenen Querschnittshöhen bewahrten in diesem Falle die typische Keilform wie sie bei Erkrankung des Fasersystems der Goll'schen Stränge im Hals- und Brustmark beobachtet wird; nur in dem Lendenmark zeigte sich eine Verschiedenheit von anderen Beobachtungen in dem Zurücktreten des Erkrankungsfeldes von der hinteren Commissur.

Die Frage, ob dieser und ähnlichen Beobachtungen eine Erkrankung des Fasersystems der Goll'schen Stränge trotz anerkannter Verschiedenheit der einzelnen Befunde zu Grunde liege, glauben die Verf. bejahen zu sollen.

Schulz (Braunschweig).

---

53) **Rosenthal** (Wien): Untersuchungen und Beobachtungen über Hysterie und Transfert. (Arch. f. Psych. XII. 1. Heft.)

Der Verf. berichtet über folgende Erscheinungen auf dem Gebiet der Hysterie, die entweder erst seit kurzem beobachtet sind, oder doch verhältnissmässig wenig gewürdigt wurden:

1. *Hemianaesthesie und halbseitiger Hirntorpor.*

Beide Erscheinungen sind in der Regel combinirt vorhanden, und zwar auf derselben Körperhälfte. Der Begriff absoluter Hemianästhesie gilt nur dann, wenn selbst starke galvanische Reizung ohne jede Spur von Empfindung ausgeübt werden kann. Absoluter Hirntorpor wird angenommen, wenn selbst auf intensive galvanische Längsdurchströmung der anästhetischen Kopfhälfte und Stromwendung (40—50 Siem. El.) keinerlei Zeichen von Hirnreizung (schmerzhaftes Durchzucken, Schwindel, Ohrenklingen, Metallgeschmack) eintreten. — Aus 5 von ihm beobachteten dahin gehörigen Fällen folgert R., dass die Anästhesie der Kopf- und Gesichtshaut mit dem Torpor der entspr. Hirnhälfte in directem Verhältniss steht, und zwar mangelt, wie an Beispielen nachgewiesen wird, die periphere Trigeminusempfindung, weil die centrale Zuleitung unregsam ist. — Der anatomische Grund der hyster. Hemianästhesie besteht nicht, wie bisher angenommen, in einer Läsion im Hintertheile der capsul. int.; denn in diesem Falle müssten Hemianästhesie und Hirntorpor wechselständig sein, da die sensiblen und motor. Faserzüge, ehe sie zur Hirnrinde, auf die entgegengesetzte Körperhälfte treten. Die Erscheinung der Gleichseitigkeit von Hemianästhesie und Hirntorpor ist vielmehr nur durch *Erregung der vasomotorischen Nerven* der gereizten Körperseite zu erklären. —

2. *Psychische Complicationen der hyst. Hemianästhesie.*

R. beobachtete bei einer seiner Kranken eine *psychische* Depression und hochgradige *Amnesie*, ferner *Schwindel*, und wenn man die Kranke 5 Min. die Augen schliessen liess, vollständige *Hypnose*. Letztere war ebenfalls durch Fixirenlassen eines Glasknopfes leicht zu erreichen. Nach Einathmung von 3—5 Tr. Amylnitrit trat alsbald Nachlass sämmtlicher Symptome ein. — Adamkiewicz konnte bei einer Pat. mit hysterischer, sensibler und sensueller Hemianästhesie, indem er auf die kranke Seite $1^1/_2$—2 St. einen Senfteig einwirken liess, einen förmlichen Wuthparoxysmus erzeugen. R. erklärt

diese Erscheinungen durch Annahme von Gehirnanämie, die durch Einathmen von Amylnitrit gehoben wurde. Bei der Kranken von Adamk. war durch Einwirkung des Senfteiges Hyperämie der kranken Seite eingetreten.

3. Die bei hemianästhetischen Kranken vorkommenden *Störungen des Sehvermögens* bestanden im Wesentlichen in temporaler Hemianopsie und mehr oder weniger vollständiger Achromatopsie. Durch Amylnitrit trat wesentliche Besserung ein, weshalb am ungezwungensten eine Anämie des corticalen Opticuscentrums angenommen wird.

Das halbseitige Erloschensein des *Gehör-* und *Geschmackvermögens* wurde ebenfalls bei den bezeichneten Kranken constatirt. Beim Anlegen eines Magneten oder beim Einathmen von Amylnitrit trat Transfert nach der gesunden Seite ein.

4. Von *vasomotorischen Störungen* ist (ausser den bereits angeführten) die bei Hemianästhetischen vorhandene Temperaturdifferenz zwischen beiden Seiten zu erwähnen, in der Regel 0.8—1.4^0 betragend. Bei eintretendem Transfert tritt auch hierin Umschlag ein.

Verf. giebt von dem Transfert die Erklärung, nach welcher derselbe vorzugsweise auf einer *vasomotorischen Wechselbeziehung beider Hirnhälften* beruhe.

R. zieht den Schluss: *dass die Grundursache der Hysterie eine angeborene oder erworbene geringe Widerstandsfähigkeit der vasomotorischen Centren sei.*

In den schliesslichen Bemerkungen über *Therapie* plaidirt Verf. bei den schweren Formen der Hysterie am meisten für die Anwendung der *Electricität* und der *hydriatischen* Prozeduren. Am meisten Erfolg wurde mit der Holz-Carré'schen Influenzmaschine bewirkt, wo die Kranken zwischen den Conductoren eingeschaltet werden und sich so in einer Art electrischen Bades befinden. — Die vielfach ausgeübte Exstirpation beider Ovarien hat bis jetzt keinen dauernden Nutzen gewährt. — Langreuter (Dalldorf).

---

54) **A. Tamburini** und **G. Sepilli** (Reggio-Emilia.): Contribuzioni allo studio sperimentale dell' ipnotismo. (Experimentale Studien über den Hypnotismus.) I. Abtheilung. (Riv. sperim. di freniatr. 1881. 3. Heft.)

Bereits vor 3 Jahren hatten die Verf. eine grosse Reihe von Versuchen über den Hypnotismus an Hysterischen gesammelt, dieselben aber, da ihnen die Resultate, welche seither durch die Erfahrungen Anderer festgestellt sind, zweifelhaft erschienen waren, wieder ausgesetzt.

In vorliegender Arbeit veröffentlichen sie einen Theil jener zahlreichen Versuche, die sie an einem typischen Fall von Hysterie mit Hemianästhesie angestellt haben.

Von dem Hypnotismus geben sie folgende Definition: Der Hypnotismus oder künstlicher Somnambulismus besteht in einem schlafähnlichen Zustand, welcher entweder durch Fixation des Blickes oder durch schwache, einförmige, fortgesetze, tactile, akustische u. s. w. Reize hervorgerufen wird, und in welchem die Personen, wenn sie sonst

ganz normal sind, gewisse sensorische, motorische und psychische Erscheinungen darbieten, welche mit denen der Hysterie grosse Aehnlichkeit haben, wenn die Personen aber bereits an Hysterie leiden, die hysterischen Symptome in merklich gesteigertem Grade zeigen. —

Die Resultate ihrer Untersuchungen, soweit dieselben in vorliegender Arbeit mitgetheilt werden, sind in Kürze folgende:

Die neuro-muskuläre Uebererregbarkeit lässt sich an hysterischen Personen sowohl während des Wachens als auch in der Hypnose constatiren, nur besteht sie im letzteren Fall in bedeutend höherem Grade.

Durch directe mechanische Reizung eines ganzen Gliedes wird neben Contractur desselben, gewöhnlich auch Analgesie der ganzen entsprechenden Körperhälfte erzielt, welche so lange anhält, als die Contractur besteht. — Von dem Vorhandensein der Analgesie überzeugten sie sich durch Beobachtung der Respirationscurve, welche nur während der Analgesie durch schmerzhafte Reize nicht alterirt wird. —

Im tiefen hypnotischen Schlaf besteht, wenn früher auch nur Hemianästhesie vorhanden war, vollständige Anästhesie. Durch Anwendung von Metallen oder Senfpapier kehrt an den betreffenden Stellen die Empfindlichkeit zurück, ohne Rücksicht darauf ob diese Gegend von der Hemianästhesie im wachen Zustande betroffen war, oder nicht. Durch die Anwendung von Kälte wird neben Anästhesie auch Verlust der muskulären Uebererregbarkeit im betreffenden Gliede, dann aber auch in der gesammten Körperhälfte erzeugt. — Die Abnahme der Erregbarkeit erfolgt am gesammten Körper, wenn die Kälte bilateral, oder in der Mittellinie angewandt wird. —

Die Wirkung der Wärme ist eine ganz ähnliche; nur bei sehr hohen Temparaturen erhält man eine allgemeine Contractur.

Beim Uebergang vom Wachen in den hypnotischen Schlaf wird die Respiration häufiger, tiefer und unregelmässig, der Herzschlag wird häufiger und kräftiger; die Form des Pulses ändert sich im Ganzen nicht, doch nimmt die Höhe der Welle zu, und der Einfluss der Respirationsphasen macht sich mehr bemerkbar.

Wird während des Hypnotismus der Magnet in die Nähe des Thorax oder des Epigastrium gebracht, so pflegt die Respiration meist augenblicklich, manchmal nach einer tiefen Inspirationsbewegung — still zu stehen; in einigen Fällen wird die Respiration tiefer. Nach Entfernung des Magneten erfolgt immer eine heftige Inspiration. — Wird der Magnet hingegen in die Nähe der Herzgegend gebracht, so wird die Herzthätigkeit gesteigert. — Durch einfachen Druck auf die Abdominalgegend werden die Athembewegungen langsamer, seltener. Durch Streichen in der Nähe der Gesichtshaut werden die Respirationen kleiner und häufiger. Auch thermische Reize erzeugen während der Hypnose Aenderung der Respirationscurve, sowie verschiedene reflectorische Erscheinungen an den Gefässen.

Die Verf. glauben, dass wenn ihre mitgetheilten Versuche auch keineswegs im Stande sind das Wesen des Hypnotismus genügend zu

erklären, dieselben doch zu Gunsten jener Theorie sprechen, welche die hypnotischen Erscheinungen als den Ausdruck einer moleculären Veränderung im Nervensysteme auffasst. —

Obersteiner (Wien).

---

55) **Rud. Heerwagen:** Ueber hysterischem Hypnotismus. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1881.)

Verf. veröffentlicht 5 Fälle von hysterischen Hypnotismus, die wir kurz wiedergeben.

I. Rosalie O., Dienstmagd, 30 J. a. (Städt. Krankenhaus Riga Dr. V. v. Holst) vor 3 Jahren Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen verbunden. Vor 1 Jahre 5—6 Mal täglich. Schmerzen im Epigastrium. Stat. pr. Wesen ruhig, Sensibilität der Haut an den Unterschenkeln und Füssen herabgesetzt. R. Ovarium auf Druck wenig, linkes stark empfindlich. Anfall folgendermassen: Kurze Aura, absolute Bewusstlosigkeit, tonische Starre der Nackenmuskulatur und der Extremitäten, Pupillen weit, Puls 100, Druck auf das linke Ovarium ruft Erschlaffung der Muskulatur hervor, einen Augenblick später Erwachen ohne Spur von Erinnerung. Später noch leichtere Anfälle ohne völligen Bewusstseinsverlust mit Tremor der Extremitäten. Setzt man (bei den schweren Anfällen) die eine Electrode auf die von Charcot zum Drucke benutzte Gegend, so wacht Pat. prompt auf. Sämmtliche Reize, welche Hypnotismus hervorzurufen im Stande sind, lösen die Starre und den Anfall aus. Strich man die Haut des Daumenballens, so ballte sich erst krampfhaft die Faust, gleich darauf war der Arm erstarrt u. s. w. Gynäcolog. Behandlung (Es bestand Sinistroversio uteri, verdickte Vaginalportion, empfindliche Ovarien) Besserung.

II. Frl. N. N., 24 J. a., hat vor 1 Jahre an Cardialgieen gelitten, Morphinismus. Entziehungscur. Objectiv nichts nachzuweisen. Täglich 6—8 Anfälle. „Vergehen der Gedanken". Hand ballt sich, tetanische Starre der gesammten Muskulatur, Pupillen weit. Erinnerung lückenhaft. Vorübergehend psychopathologische Erscheinungen. Charcot'scher Druck auf Ovarialgegend stets mit sicherem Erfolge, gleichgiltig ob rechts oder links. Anfälle schwanden allmählig vollständig.

III. L. S., 27 J. a., puell. publ. Patientin wird bewusstlos in's Krankenhaus gebracht. Muskulatur im Zustande kataleptischer Starre, Pupillen weit, Reaction träge, Druck auf die Ovarien *ohne* Erfolg, ebenso galv. Ströme durch R.-M. und Hirn.

Am folgenden Vormittage derselbe Zustand andauernd, Inductionsströme durch Hals haben tiefe Inspirationen und Schwinden der kataleptischen Starre zur Folge. Pat. verhält sich wie ein Echo, spricht Vorgesprochenes prompt nach. Nachahmungsautomatie ist nicht vorhanden. 1 Tag später noch immer Bewusstlosigkeit, reflectorische Zuckungen auf Kneifen und Nadelstiche. 2 Tage später ist Bewusstsein zum Theil wiedergekehrt. Bei Rückwärtsbeugung des Kopfes (passiv) tritt Katalepsie und Sprachautomatie ein; derselbe Effect bei Druck auf d. process. spinos. des 7. Halswirbels. Morph. mur. Allmählig Besserung. Absolute Amnesie für die in den ersten Tagen vorgefallenen Dinge. Erweist sich später als Hysterica par excellence.

IV. May. W., 20 J. a., Hebräerin, geschiedene Frau, in bewusstlosem Zustand in's Krankenhaus gebracht. Starker Schrecken war voraufgegangen.

Extremitäten im Zustande tonischer Starre. Reactionslos auf starke Reize, und am anderen Tage noch. Plötzliches Aufwachen nach Charcot'schem Druck auf Ovarialgegend. Anaesthesie der rechten Körperhälfte einschliesslich des Gesichtes bleibt allein zurück. Bei passivem Lidschluss Einschlafen.

V. Mathilde R., 20 J. a., Dienstmagd, behauptet, sich sehr erschreckt zu haben, worauf sie geistesabwesend gewesen, Kopfschmerz gehabt. Tags darauf anscheinend bewusstlos, mit weiten, träge reagirenden Pupillen. Auf Hautreize keine Reaction. Tonische Starre (mässig) der Muskulatur. Nach einigen Tagen allmählige Wiederkehr des Bewusstseins, namentlich nach Druck auf l. Ovarialgegend. Pat. krümmt sich, erlangt Beweglichkeit aller Glieder wieder. Nach Sistirung des Druckes früherer Zustand. Besserung nach 12 Tagen. Amnesie.

Nachdem Verf. die Diagnose Hysterie begründet, bemerkt er, dass immer nur Gruppen aus dem grossen Symtomencomplexe des Hypnotismus in jedem der Fälle zur Erscheinung kamen.

Im ersten Falle alle Muskelerscheinungen der Hypnose, ausser Katalepsie. Abweichen vom künstlichen Hypnotismus nur in der Dauer der Anfälle, die selten über eine Viertelstunde währten; künstlich konnten sie beliebig in die Länge gezogen, sowie auch überhaupt hervorgerufen werden und halten dann ganz den Charakter des spontanen. Die Anfälle des 2. Falles sind denen des 1. ähnlich, dieselbe Muskelstarre, das mehr oder minder getrübte Bewusstsein, das Coupiren durch Druck auf die Ovarien. Im 3. Falle Hysterie ohne Ovarialhyperaesthesie. Hier ist das Berger'sche Nachsprechphaenomen vorhanden neben Katalepsie. Fall 4 erinnert an den Zustand des Kataplexes, wie ihn Preyer bei Thieren beschrieben. Nach Druck auf die Ovarien erwacht Pat., ist aber sehr leicht in den hypnot. Zustand zurückzubringen. Fall 5 ist diesem analog: Einleitung durch Schreken, nach 6tägigem reactionslosem Daliegen Erwachen durch Charcot'schen Druck. Die schliesslichen Bemerkungen über Ovarialhyperaesthesie möge man im Originale nachlesen.

Goldstein (Aachen).

---

56) **B. Oks:** Physiologie des Schlafens und Träumens. (Odessa 1880. 119 S. 8⁰. Russisch.)

Verf. beschreibt zunächst die Umstände, welche den Eintritt des Schlafes begünstigen: Ermüdung, Fehlen äusserer oder innerer Erregungen, Einfluss der Gewohnheit, des Willens etc.; schildert darauf den Zustand vor dem Einschlafen und referirt eingehend über den Zustand der verschiedenen Körper-Organe während des Schlafes. Schliesslich folgt eine sehr eingehende historisch-kritische Darlegung der verschiedenen Hypothesen über die Ursachen des Schlafes und der Versuch einer Vereinigung derselben. Die hervorragensten Theorieen waren folgende: Als Ursache des Schlafes wird angenommen 1) Hirnhyperämie und dadurch verursachter Hirndruck. (Haller) 2) Hirnanämie (Blumenbach) 3) letztere hervorgerufen durch Ermüdung der vasomotorischen Centren des Gehirns (Siebert) 4) Erschöpfung der Nervensubstanz und Nothwendigkeit ihrer Ersetzung während des Schla-

fes (Boerhave) 5) Ansammlung von Verbrennungssubstanzen im Gehirn, speciell a) der Kohlensäure (Purkinje, Ludwig, Vierordt) b) der Milchsäure (Preyer) c) diese Stoffe wirken als Narcotica (Binz) 6) Verlust der Spannkraft der Nerven-Moleküle in Folge ungenügender Zufuhr von Sauerstoff und Ersetzung derselben im Schlafe.

Verf. vereinigt diese Hypothesen in folgender Weise: Nachdem Dubois-Reymond nachgewiesen, dass der thätige Muskel eine sauere Reaction annimmt und dadurch seine Erregbarkeit verliert; nachdem Ranke gezeigt, dass dies auf Anhäufung von Verbrennungsproducten, hauptsächlich von Fleisch-Milchsäure beruht, und nachdem dasselbe durch Bibra und W. Müller, Funke, Gscheidlen auch für die Nervensubstanz nachgewiesen wurde, nur dass hier Milchsäure die Stelle der Fleischmilchsäure vertritt, so ist sicher, dass die Anhäufung von Ermüdungsstoffen (Preyer) im Nervensystem, speciell Gehirn die Ursache des Schlafes ist. Wahrscheinlich ist aber nach den Versuchen von Binz, dass die Milchsäure als Narcoticum wirkt und sich principiell nicht von den übrigen Narcoticis unterscheidet (im Gegensatz zu Preyer). — Als Verbrennungsproduct muss sich aber auch die Kohlensäure anhäufen, welche wieder als Reiz für das vasomotorische Centrum des verlängerten Markes dient. Die dadurch bedingte Gehirnanaemie muss den Schlaf um so fester gestalten. Dabei ist aber eine partielle Gefässerweiterung nicht ausgeschlossen, wenn locale Reizung der Gefässerweiterer sich geltend macht, ohne dass dadurch der Schlaf aufgehoben zu werden braucht. Nebenbei schliesslich mag auch noch die Pflüger'sche Anschauung zu Recht bestehen.

Die Kapitel über das Träumen geben das über diesen Gegenstand in der Literatur bekannt gewordene und eignen sich nicht für das Referat. Buch (Helsingfors).

---

57) **Carl Lechner** (Budapest): Die syphilitische Agrypnie und deren Ursachen. (Orvosi Hetilap, 1881. Nro. 42, 43, 46, 47.)

In einer vorläufigen Mittheilung begründet Verf. seine von allen bisherigen Auffassungen abweichenden Theorien über die Genese des Schlafes, den er als eine periodische Functions-Alteration derjenigen Hirntheile betrachtet, welche auch dem bewussten Leben vorstehen. Alle Lebenserscheinungen erleiden während des physiol. Schlafes bloss eine Formveränderung in Folge der Blutvertheilungs- und Druckverhältnisse die sich im Associations- und Projections-Systeme anders gestalten als im wachen Zustande des Gehirns.

Wird sodann durch pathol. Einflüsse die Circulation in diesen sonst auch antagonistisch wirkenden Systemen dauernd alterirt, so müssen die schon normaler Weise sehr labilen Nutritions-Verhältnisse daselbst wesentliche Veränderungen setzen, welche den normalen Wechsel zwischen Arbeit und Ruhe des Hirns beseitigen und zumeist in einem Uebermasse der Thätigkeit sich kundgeben, welche als Schlaflosigkeit ein Krankheits-Symptom bildet.

Aus verschiedenen Analogien und mit Zugrundelegung seiner umfassenden Studien über die Agrypnie zieht Verf. den Schluss, dass *während des Schlafes* die Bahnen der Association ungehemmt fungiren, wogegen *die Leitungsfähigkeit der Projections-Bündel bedeutend erschwert, verhindert ist.*

Demnach ist eine Art normaler periodischer Parese in dem I. Gliede des dreitheiligen Projectionssystemes die Grundursache des Schlafes, während andererseits *die Schlaflosigkeit* bei allen durch Nutritions-Störungen verursachten Hirnkrankheiten — *durch einen Reizungs-Zustand bewirkt wird, der in Folge erleichterter Leitungs-Fähigkeit der Faser-Bündel des Project-Systems entsteht, und im I. Gliede desselben localisirt ist.* Dieser Reizzustand entsteht aber durch eine Nutritions-Störung in jener Grenzmarke, welche sich zwischen den zwei selbständigen Gefässgebieten des Hirns (anastomotische und endarterielle) befindet in Folge wesentlicher Blutdrucks-Differenzen, die dort vermöge der natürlichen Einrichtung, dann noch mehr durch vasomotorische Einflüsse, wie auch durch verschiedene Reize, die auf die Innervation der Gefässwände einwirken, sehr häufig statuirt werden.

Nach Verf. kommen bei Syphilitischen solche mit der Infection in causalem Nexus stehende Alienationen in den Hirngefässen oft vor, wodurch ihr Caliber sich erweitert, die Stromgeschwindigkeit und Spannung des Blutes gründlichen Umwälzungen ausgesetzt wird. Durch die Disproportion des Blutdruckes im Cortical-Gebiete und der subcorticalen Centren einerseits der Hirnbasis andererseits leidet die Ernährung der Projections-Bündel, sie werden hyperästhetisch und veranlassen die luetische Schlaflosigkeit sowohl in den Früh-Stadien als in allen Phasen des floriden oder späteren Ablaufes. Die Agrypnie soll auch ganz unabhängig von allen anderen Symptomen als einziges Symptom der Syphilis in Scene treten (?!) ohne Rücksicht auf Alter und Geschlecht, sowohl bei congenitalen als bei acquirirten Formen, und weiche blos einer antisyphilitischen Behandlungsweise.

Als accidentelle Complicationen treten zumeist eine „Reizbare Schwäche“, Hypochondrie und Erhöhung der Haut- und Sehnenreflexe (nach dem Verf. fast beständig, vom *Refer.* selten beobachtet) auf. Alle diese Erscheinungen beruhen aber ebenfalls auf der erleichterten Leitungsfähigkeit der Projections-Bahnen, und dem gehemmten Abflusse der Reizeindrücke an den Associations-Pfaden. Der path. Effect des syphil. Virus offenbart sich in systematisch auftretenden Nutritions-Störungen circumscripter, localisirter Hirn-Gebiete, die sowohl die Agrypnie als eine Theilerscheinung der Infection, wie auch als isolirtes Symptom erklärlich machen.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

58) **Max Schede** (Hamburg): Gehirn- und Geisteskrankheiten bei Jodoformvergiftung. (Centralblat für Chirurgie. 1882, Nro. 3.)

Bei der grossen Beliebtheit, der die Jodoformbehandlung sich gegenwärtig in der chirurgischen Praxis erfreut, sieht sich S. veranlasst, an der Hand eines grossen Beweismaterials darzuthun, dass das

Jodoform nichts weniger als ein ungefährliches Mittel ist, dass es auf einzelne Individuen einen höchst deletären Einfluss ausübt. Indem bezüglich der verschiedenen Intoxicationserscheinungen auf das Original verwiesen werden muss, sollen an dieser Stelle nur die Störungen der Gehirnthätigkeit, die zuweilen nach Anwendung von Jodoform eintreten, besonders hervorgehoben werden. Dieselben sollen theils den Symptomencomplex der acuten Meningitis darbieten, theils als wirkliche Geisteskrankheiten in die Erscheinung treten. Erstere Form ist, wie es scheint, dem kindlichen Alter eigenthümlich. Benommenheit des Sensorium, Erbrechen, hohe Pulsfrequenz, Contracturen einzelner Muskelgruppen lassen beide Krankheiten ähnlich erscheinen; die Temperatursteigerung kann jedoch bei der Jodoformintoxication fehlen. —

Bei Erwachsenen hat Verf. zwei Male allgemeine Verwirrtheit unter dem Jodoformverbande auftreten sehen, die nach Weglassen desselben zur Heilung kam. Auch wird noch von einem Falle berichtet, wo bei einer alten geistesfrischen Dame die Herniotomie gemacht und die Wunde mit Jodoform ausgefüllt wurde. Nach anfänglich günstigem Verlauf plötzlich allgemeine Verwirrtheit, Personenverwechselung, Singen, Schluckbeschwerden und schliesslich Exitus letalis.

Verf. hat ausserdem Psychosen auftreten sehen, die sich dem Bilde einer schweren Melancholie anreihen und unter hochgradigster psychischer Erregung und Angst (2 Fälle) oder unter tiefster Depression (3 Fälle) tödlich verliefen. Rabow (Berlin).

III. Vereinsberichte.

Berliner Medic. Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Januar 1882.

In der Diskussion über den Vortrag des Herrn Langenbuch — *Nervendehnung bei Tabes dorsalis* — nimmt zuerst das Wort.

59) Herr **Westphal**: Der Standpunkt, von dem Redner bei der Beurtheilung der Frage über den Werth der Nervendehnung ausging, war ein rein praktischer. Wenngleich ein Erfolg bei Krankheiten des Rückenmarks a priori unwahrscheinlich war, so liess sich doch zunächst aus rein theoretischen Gründen nichts bestimmtes sagen. Die Erfahrung musste ihr Urtheil abgeben, übrigens hätte Redner auch jetzt noch geschwiegen, wenn nicht Herr Langenbuch selbst diese Sache vor das Forum der Gesellschaft gebracht hätte.

Schon im Jahre 1877, ehe noch von Nervendehnung zur Heilung von Rückenmarksaffektionen in dem heutigen Sinne die Rede war, hat Westphal einem an den Symptomen der sogenannten spastischen Spinalparalyse leidenden Kranken den einen n. cruralis dehnen lassen. Da er nämlich bei Thieren durch Dehnung des cruralis einen Nachlass des Muskeltonus beobachtet hatte, glaubte er an die Möglichkeit, die bei dem Kranken bestehende abnorme Muskelsteifigkeit lindern zu können. In der That schwand nach kräftiger Dehnung *eines* n. cruralis das Kniephänomen, es trat aber dafür eine

schlaffe Lähmung beiderseits ein: ausserdem zeigte Patient (was *vor* der Dehnung *nicht* der Fall war) *jetzt* eine Lähmung der Blase, des Mastdarms und Dekubitus.

Der Kranke kam durch. Es stellten sich später Beugecontrakturen ein, sehr erhöhte Reflexerregbarkeit, mit einem Worte Erscheinungen, welche an das Vorhandensein eines circumscripten myelitischen Herdes denken liessen. Im Jahre 1880 starb der Kranke; man fand eine durch das ganze Rückenmark verbreitete Myelitis, besonders im Halsmark. Im Lendenmark bestanden kleine Herde in den hinteren Partien der Seitenstränge und ein kleiner Herd in der grauen Substanz zwischen Vorder- und Hinterhorn an *der* Seite wo gedehnt worden war. —

In einem neueren ähnlichen Fall dehnte Oberstabsarzt Starcke auf W's. Wunsch beide n. ischiadici. Es zeigten sich zwar keine üblen, aber auch keine günstigen Erscheinungen, es blieb Alles beim Alten. —

Einen Fall sah Redner bei Langenbuch: es war nach der Operation eine bedeutende Besserung eingetreten, indess war die Krankheit *akut* entstanden und daher nur uneigentlich den „spastischen Paralyse“ zuzurechnen.

In Bezug auf *die Erfolge der Nervendehnung bei Tabes* erwähnt Westphal:

1) einer seit 7 Jahren leidenden, hochgradig ataktischen Frau; die von Langenbuch ausgeführte Dehnung des plexus brachialis war erfolglos.

2) Einem seit 1872 an Tabes leidenden Manne wurden beide n. ischiad. gedehnt. Es traten zunächst äusserst heftige Schmerzen ein, welche sich später minderten. Die Ataxie blieb unverändert.

3) Einen von Langenbuch operirten Patienten sah Westphal später: während der Mann früher 2 Treppen hoch steigen konnte, vermochte er es nach der Operation nicht mehr.

4) Bei einem von Langenbuch operirten amaurotischen Tabiker blieb die Ataxie unverändert, obgleich der Kranke selbst angab, besser gehen zu können. Ein Druckgefühl im Unterleib sollte vermindert sein; objektiv konnte W. keine Veränderung sehen.

5) Ein Kranker war im hiesigen städtischen Krankenhause durch Hahn an beiden n. crur. und ischiad. gedehnt worden. Das Gefühl von Kälte in den Beinen war etwas besser geworden und die zur Linderung der Schmerzen nöthige Morphium-Dosis etwas geringer. Aber nicht für lange Zeit; es stellten sich bald wieder enorme Schmerzen ein; die Ataxie war überhaupt nicht geändert.

6) Westphal kennt einen Kranken, bei welchem von Langenbuch im Laufe von 6 Monaten folgende Operationen ausgeführt wurden: Die Dehnung beider n. crural. und ischiad; sodann wurde ein Stück aus dem n. peroneus, später eins aus dem n. plantaris ausgeschnitten; endlich sollte (resp. ist worden) eine Zehe (Sitz der Schmerzen) amputirt werden. Das Allgemeinbefinden des Kranken hat sehr gelitten; die Schmerzen sind nicht beseitigt. Langenbuch hatte noch die Absicht, den einen n. ischiad. durchzuschneiden.

7) In einem mit Israel zusammen beobachteten Fall sah Westphal von der doppelseitigen Ischiadicus-Dehnung keinen Erfolg.

Durch die Nervendehnung wurde bei einem an *paralysis agitans* leidenden Kranken eine nur kurze Zeit andauernde Besserung erzielt; in einem 2., so wie dem ersten durch Bardeleben gedehnten Fall wurde das Zittern überhaupt nicht vermindert; in einem 3. trat 6 Tage nach der Operation (Dehnung des plexus brachialis) durch eine, übrigens von Westphal mit der Operation nicht in einen direkten Zusammenhang gebrachte eitrige Meningitis der Tod ein. Was die Erfolge der Nervendehnung bei *Neuralgien* betrifft, so erwähnt Westphal zunächst den berühmten, seiner Zeit von Nussbaum in München ausführlich beschriebenen und als geheilt dargestellten Fall, bei dem wegen heftiger Intercostalneuralgie die Dehnung der untersten, schon in den Bauchdecken sich verzweigenden Intercostalnerven vorgenommen worden war. Diesen Mann sah Westphal in Berlin wieder: er wurde von den wüthendsten Schmerzen gepeinigt. —

Bei einem an Brachialneuralgie leidenden Mann wurden durch Langenbuch n. ulnaris, später n. medianus und radialis gedehnt — *ohne* jeden Erfolg. Desgleichen hatte die doppelseitige Ischiadicusdehnung bei einem unglücklichen an ischiadischen Schmerzen leidenden Collegen nur einen kurzen, vorübergehenden Erfolg, desgleichen die Dehnung eines n. ischiadicus, welche bei einem jungen Engländer wegen Ischias ausgeführt worden war. Dieselbe Erfolglosigkeit der Operation wurde noch bei einer Brachialneuralgie constatirt.

Hiernach ergibt sich, dass die Erfolge der Nervendehnung bei der sogen. spastischen Spinalparalyse gleich Null waren, dass bei der Tabes nur die Schmerzen temporär gelindert wurden; nie war ein dauernder Erfolg zu constatiren, die Ataxie wurde nicht gebessert. Aehnliche geringe Erfolge wurde bei der paralysis agitans und bei Neuralgien erzielt. Wenn von anderen Seiten von Heilungen oder auffälligen Besserungen berichtet worden ist, so glaubt Westphal nicht wenig dabei auf gewisse psychische Momente geben zu sollen: Aerzte wie Kranken unterliegen ohne Arg diesen Täuschungen, wie es z. B. die Geschichte der Amaurosenheilungen durch subcutane Strychnininjection, oder die Erfolge einzelner Elektrotherapeuten erwiesen. In Bezug auf die Methodik werde jetzt von Langenbuch eine grössere Zartheit in der Dehnung verlangt; Redner glaubt nicht, dass so sehr viel gerade davon abhänge. In Bezug auf die Theorie und die physiologischen Grundlagen des ganzen Verfahrens glaubt Westphal sei die Zeit des festen Wissens noch nicht gekommen und Aufklärung erst von der Zukunft zu erwarten.

60) Herr **Bardeleben** weist die Verantwortung für die von ihm ausgeführten Operationen denen zu, welche ihn als Chirurgen mit der Ausführung beauftragten.

Für Leyden dehnte er in einem Falle beide n. ischiad. ohne Erfolg. Ob man hoch oder tief den Nerven aufsuche hält Redner für gleichgültig. Die Wunden heilten per primam, sogar drains einzulegen fand er nicht nothwendig. Die cruralis-Dehnung räth er mög-

lichst hoch zu machen, da der Nerv häufig schon hoch oben sich in (meistens 3) grosse Ramificationen spalte. Ob man übrigens mit dem Zuge am Nerven durch die leicht abreissenden Nervenwurzeln hindurch bis zum Mark selbst gelange, sei ihm fraglich. Bei 2 für die Frerichs'sche Klinik gedehnten Tabikern erzielte er keinen Nutzen, ebenso wenig durch die Dehnung beider pl. brachiales bei einem ihm von Leyden zur Operation übergebenen Fall von paralyse. agit. In der Privatpraxis dehnte er ebenfalls für Leyden bei einem an paralysis agitans Erkrankten den plexus brachialis: es zeigte sich für 5 Tage ein Erfolg, dann schritt die Krankheit fort. Durch die Dehnung war *eine Radialislähmung gesetzt worden.*

Bei Neuralgien sah Bardeleben insofern von der Dehnung gute Erfolge, als er z. B. beim Fassen des infraorbitalis und Herausziehen die Dehnung weit centralwärts hin fortgesetzt glaubt; wenigstens war in einem Fall von Infraorbital- und in einem andern von Infraalveolarneuralgie (Operation nach Paravicini) der Effekt ein guter und $^3/_4$, beziehungsweise 1 Jahr andauernder. (Mehr Zeit ist seit diesen Operationen noch nicht verflossen. —

61) Herr **Küster** hat einen ihm von Senator überwiesenen Tabiker ohne Erfolg gedehnt; bei einem andern liessen die Schmerzen nach.

Die Dehnung eines n. ulnaris bei einem Collegen (wegen traumatischer Neuralgie) war nur von vorübergehendem Erfolg. Die Dehnung eines n. ischiadic. (Neuralgie nach Schussverletzung) war das erste mal ohne, das zweite mal (bei demselben Individuum) von länger andauerndem Erfolg. Eine hartnäckige idiopathische Ischias wurde durch die freilich erst vor einigen Wochen ausgeübte Dehnung sehr gebessert. In Bezug auf die Operation bei Trigeminusneuralgien kann Küster die Worte Bardeleben's über recht lange (über Jahre) andauernde Erfolge bestätigen.

Eine cruralis-Dehnung bei tetanus war ohne Erfolg; der Kranke starb. —

Eine Ischiadicusdehnung bei Tetanus erwies sich auch Herrn Bardeleben erfolglos.

62) Herr **Senator** erwähnt des schon von Küster angeführten Tabesfalles; obgleich kein definitiver Erfolg erzielt wurde, waren doch die Schmerzen Wochenlang gemindert. Theoretische Bedenken gegen die Operation hat Redner nicht; er betont, dass die Begriffe Tabes und Hinterstrang-Degeneration sich nicht decken; dass Heilungen von Tabes vorliegen, in Fällen, wo nach wie vor die graue Degeneration fortbestand (Fr. Schultze Heidelberg). Man könne sich vorstellen, dass durch die Operation gewisse Leitungsbahnen wieder wegsam gemacht und gleichsam aufgerüttelt werden könnten.

63) Herr **Israel** berichtet zunächst über 3 gedehnte Tabiker. Der eine ohne Erfolg operirte sei schon von Herrn Westphal erwähnt. In einem 2. Fall trat enorme Muskelschwäche nach der Dehnung ein, später haben sich epileptische Anfälle gezeigt. In einem 3. Fall war die Dehnung des n. ischiad. von einem temporär ausgezeichneten Erfolg. Als diesem Kranke später zufällig nachgewiesen wurde, dass

er in der That noch wie vor die Empfindung für Schmerz eingebüsst habe, wirkte dieses psychische Moment so, dass von Stund an die Besserung nachliess. Der Kranke fiel später durch sein schlechtes Gehen hin und zog sich eine Partellarfraktur zu. Die jetzt nothwendig gewordene Bettruhe besserte darauf wieder alle Erscheinungen in erheblichstem Grade. —

In einem Fall von angeborener spastischer Gliederstarre dehnte Israel ferner beide *n. ischiad* Es trat auf einer Seite eine *schlaffe Lähmung* des *ext quadric. cruris* ein, also in einem direkt gar nicht lädirten Gebiet, eine Erscheinung, die Redner auf eine durch die Operation gesetzte centrale Läsion zurückführt. In einem Falle wo Lähmung der Unterextremitäten, von einer Wirbelaffektion abhängig zu machen war, blieb die Dehnung erfolglos. Uebrigens hat Redner sowohl hoch oben, als auch in der Gegend des Knie's und in der Mitte des Oberschenkels den isch. in Angriff genommen. —

64) Herr **Hahn** hat an 25 Personen Nerven-Dehnungen ausgeführt, zunächst in 9 Fällen von Neuralgien, mit verschiedentlichen Recidiven. Zweimal bei tic. convulsif wurde der n. facialis gedehnt, beide Fälle bemerkt Redner, kenne der Referent. In einem Fall war der Erfolg kaum nennenswerth, im andern ein guter (Ref. wird später ausführlicher darüber berichten). —

In 3 Fällen von Trismus und Tetanus wurde 2 mal der n. ulnaris, einmal der ischiad. ohne Erfolg gedehnt.

Zweimal wurde der n. ischiad. mit bis jetzt (4 Monate sind verflossen) gutem Erfolg gedehnt in Bezug auf die Aufhebung epileptischer Anfälle, welche sich nach Verwundungen eingestellt hatten. Die narbigen Stellen waren schon vorher excidirt worden.

Bei Dehnung in wirklichen Tabesfällen trat kein Erfolg ein, ein vorübergehender nur in einem Fall von warscheinlich spastischer Spinallähmung.

65) Herr **Remak** konnte im Wesentlichen bei dem 6. der von Langenbuch als gebessert dargestellten Tabesfälle keinen wesentlichen Erfolg erkennen. Der Redner macht auf die Remissionen aufmerksam, welche ohne jede Behandlung bei Tabeskranken eintreten können; übrigens betont er Langenbuch sowohl wie Westphal gegenüber die häufigen guten Erfolge einer Behandlung Tabischer durch den constanten Strom.

Sitzung vom 1. Februar 1882.

66) **Langenbuch:** Er macht auf die von seinen Gegnern in dieser Diskussion zugegebenen Erfolge der Nervendehnung aufmerksam, so z. B. bei dem Falle Sobeck, den Herr Westphal erwähnte und etwa einen Fall des Herrn Israel, welcher von Herrn Sonnenburg (welcher den Collegen Israel zur Zeit vertrat) operirt worden sei; ferner gedenkt er der 7 von ihm vorgestellten Kranken, von denen doch einige sehr erhebliche Besserungen ihres Zustandes durch die Dehnung erfahren hätten. Wenngleich er zugebe, dass viele Misserfolge (auch von seiner Seite) zu verzeichnen seien, so glaube er doch, dass in diesem jungen Gebiete der Therapie der Tabes einzelne posi-

tive Thatsachen von grösserem Werthe seien, als viele negative. Jede neue Methode müsse erst gewissermassen eine Prüfungszeit durchmachen.
67) Herr **Bernhardt** möchte versuchen, durch Anführung genauer beobachteter Thatsachen etwas zur Klärung der vorliegenden Schwierigkeiten beizutragen. Er war zugegen als Herr Langenbuch einen Tabes-Kranken aus der Praxis des Collegen Blumenthal an allen vier grossen Nerven der Unterextremitäten Ende Juni 1881 dehnte. Der Mann hatte seit Jahren an lancinirenden Schmerzen, grossem Ermüdungsgefühl, Blasenbeschwerden und Abnahme der Potenz gelitten. Es bestand aber keine Ataxie und keine objektiv nachweisbare Sensibilitätsstörung; wohl aber war das Kniephänomen geschwunden und die Pupillen ungleich, eng und starr. — Erfolg der Operation nach einigen Wochen (z. B. September, Oktober): Grosse Schwäche der Beinmuskeln, sehr herabgesetzte elektrische Erregbarkeit für beide Stromesarten ohne Entartungsreaktion. Nachlass der Schmerzen in den Beinen, Auftreten neuer Schmerzen in Form von Intercostalneuralgien, Verschlechterung des Sehvermögens. Resultat also, wenn überhaupt vorhanden, jedenfalls sehr gering. —

Ein 33jähriger, von Langenbuch Anfang Mai 1881 am rechten n. cruralis und linken n. ischiad. gedehnter Tabeskranker konnte das rechte Bein sofort nach der Operation nicht mehr im Knie strecken. Diese Parese hielt 6 Wochen an; noch in der 9. Woche nach der Operation reagirten die vom cruralis innervirten Muskeln sehr schlecht auf den elektrischen Reiz; dieses Verhalten war sogar noch November 1881 nachzuweisen. Es bestand damals (ein halbes Jahr nach der Operation) hochgradige Ataxie, bedeutende Gehstörung; Schmerzen nach wie vor. Resumé: keine Veränderung des Zustandes zum Besseren, ja sogar nicht unbeträchtliche Verschlimmerung. (Die übrigen Symptome der Tabes, deren Einzelaufzählung zu viel Raum beanspruchen würde, bestanden nach wie vor). —

Den vor einigen Wochen von Langenbuch als durch die Nervendehnung wesentlich gebessert vorgestellten Kranken B. sah Bernhardt schon im Februar 1881. Die Diagnose Tabes war sicher: es *fehlten* aber Schmerzen, es fehlten Sensibilitätsstörungen, die Urinexcretion war frei, Potenz kaum vermindert, die Ataxie sehr gering. Es war und ist daher dem Redner nicht klar, wesshalb der Kranke sich überhaupt der Operation der Nervendehnung unterworfen. Dass er als Billet-Controlleur bei der Pferdebahn täglich etwa 9 Stunden im Dienst sein sollte, verwunderte den Redner; es ergab sich bei weiterer Nachfrage, dass der Kranke jetzt nicht mehr Strassen- sondern Dépotdienst hat.

Herr College Fr. Müller aus Graz, bei welchem Redner sich nach dem Befinden der von ihm und Ebner (beziehungsweise von Rzehaczek) gedehnten Tabiker erkundigte (vgl. dieses Centralblatt Nro. 3.) hatte die Freundlichkeit Folgendes zu berichten (Ausführliches wird vom Autor selbst später veröffentlicht werden).

Ad. I (Kranker Schulter): Die Schmerzen im linken Bein (der linke n. cruralis war gedehnt worden) kehrten nicht wieder, dagegen

traten Schmerzen im Bereich der linken untersten Intercostalräume auf; die Parese des linken quadriceps blieb, ebenso die wurmförmigen Bewegungen der Muskulatur, welche sich auch *rechts* zeigten (wo gar nicht operirt worden war). Der Kranke starb Ende Juni an den Folgen eines Herzleidens (Aortenklappen insufficienz, Atherose der Arterien, Degeneration der Hinterstränge.) —

Ad. II (Kranker Lecrats): Dehnung des rechten n. cruralis (14. Mai 81). Anfang Juli Wiederkehr der alten Schmerzen, die, wenngleich vermindert, immerhin subcutane Morphiuminjektionen von 0,02 —0,03 nöthig machen. Die grobe motorische Kraft im rechten Bein ist wesentlich herabgesetzt, der m. quadriceps atrophisch und Sitz wurmförmiger Contraktionen (keine besonderen durch die elektrische Untersuchung nachzuweisenden Anomalien; auch nicht im ersten Falle). — In letzter Zeit traten heftige Schmerzen in beiden Händen auf, Nachts besteht Urinträufeln. In einem 3. Fall dehnte man, wie Herr Fr. Müller ebenfalls später ausführlich mittheilen wird, beide n. ischiad: keine Besserung der Ataxie, ab und zu lancinirende Schmerzen — Tod (trotz antiseptischen Verbandes) an Pyämie. Nach Müller sei die Dehnung bei Tabes nur ein symptomatisches Mittel und nur in ganz verzweifelten Fällen habe man seine Zustimmung zur Operation zu geben. —

Solcher halber Erfolge fährt B. fort, oder zweifelhafter Erfolge oder gar Misserfolge wiese die Literatur jetzt schon eine bedeutende Anzahl auf; beachte man die eventuell eintretenden schweren Lähmungen oder gar die Todesfälle nach einzelnen Operationen, so könne die Dehnung doch wohl in Bezug auf den Patienten nicht mehr als ein irrelevanter, leichter Eingriff bezeichnet werden. Daneben sei nicht zu verhehlen, dass auch von guten Erfolgen berichtet sei, von *Heilung* aber spräche kaum einer; es seien einzelne Symptome gebessert, aber der meist viel zu früh erstattete Bericht genüge der Kritik nicht. Die Tabes ist eben eine Krankheit, die Jahre und Jahrzehnte andauere; neben spontanen Remissionen kämen erhebliche Besserungen durch Bäder, durch den constanten Strom (Erb, Schultze), durch den faradischen Pinsel (Rumpf) durch Arg. nitr. (Fall von Kahler) zur Beobachtung, Besserungen, wie sie wohl jeder Nervenarzt und Elektrotherapeut zu verzeichnen habe. Dazu kommt, dass wir seit einigen Jahren mit unvergleichlich besserem diagnostischen Rüstzeug ausgestattet seien, *früher* schon eine Tabes vermuthen oder erkennen zu können, als unsere Vorfahren; so können wir den Kranken durch *frühes* Eingreifen, durch Rath in Bezug auf seine Lebensweise etc. anders schützen, als es vordem möglich war. Nur Schmerzen die in keiner Weise zu bewältigen sind, könnten uns *vielleicht* an die Operation denken lassen; es stände hier die Indication so, wie bei den *Neuralgien* überhaupt, aber bei den auch *hier* beobachteten Misserfolgen sei auch sogar diese Indication zweifelhaft. Schliesslich erwähnte Redner noch der neuerdings einigemale ausgeführten „unblutigen“ Ischiadicusdehnungen von Lange, Clark etc., welche eventuell die blutige Dehnung zu ersetzen geeignet wären. Uebrigens habe in neuester Zeit Gussenbauer nachgewiesen, dass

man bei Operationen an der Leiche eine durch den Zug am blossgelegten n. ischiadicus bewirkte Bewegung des Markes, die sich sogar bis zum Foramen occipitale fortsetzen könne, beobachten könne, ebenso wie man durch starken Zug sehr wohl Nervenwurzeln vom Rückenmark abzureissen vermöge. In Bezug auf den Westphal'schen Fall von Meningitis nach Dehnung des pl. brachialis erinnert B. an eine Notiz Romberg's über einen Lallemand'schen Fall: bei der Unterbindung der *rechten* subclavia waren einige dem 3. Cervicalnerven zugehörige Nervenfäden abgeschnürt worden; nach 8 Tagen erfolgte der Tod des Individuums; man fand linksseitige eitrige Meningitis über den hinteren Hirnpartien und Vereiterung der hinteren Theile der *linken* Grosshirnhemisphäre. Nur *ein* von Romberg an einer Ziege angestelltes Experiment habe nach dieser Richtung hin ein positives Resultat ergeben. —

68) Herr **v. d. Steinen:** Ein seit 8 Jahren an typischer Tabes leidender Mann, den er kenne, sei von Langenbuch an beiden n. ischiad. gedehnt worden. Die Hauptklagen des Kranken bezogen sich auf seine visceralen Neuralgien; namentlich bestanden Schmerzen im anus. Die von Langenbuch nach erfolglos gebliebener Ischiadicusdehnung vorgenommene Dehnung des sphincter ani gibt dem Redner Anlass, sich besonders herbe gegen den Operateur auszusprechen. In einem anderen Fall von Neuralgie am Bein blieb die Nervendehnung ohne Erfolg. Der Kranke war der Masturbation ergeben; Langenbuch dehnte beide n. pudendi am tuber ischii. Der Kranke starb nicht lange nachher im Coma, nachdem einige Tage hohes Fieber vorhanden gewesen war. Eine vermuthete Nephritis wurde nicht gefunden, daher lehnt Redner für diesen Fall die auf Urämie gestellte Diagnose ab (der Urin war auf Eiweiss nicht untersucht werden). Redner warnt sehr davor die Bahn des wissenschaftlich Erlaubten zu überschreiten, da man auf derartigen Wegen weitergehend zu Ungeheuerlichkeiten kommen müsse. —

69) Herr **Westphal:** Was den von Herrn Langenbuch ihm wieder vorgehaltenen Fall Sobeck betreffe, so wolle er den Erfolg nicht bestreiten. Er erinnere aber daran, dass es akut auftretende Fälle sogenannter spastischer Spinalparalyse gebe, die intermittirend erscheinen und schwinden könne. Der Erfolg einer Dehnung in einem solchen Falle sei daher nicht über alle Zweifel erhaben. Wenn er ein Resumé zöge aus dem bis jetzt Verhandelten, so ergäbe sich, dass kein einziger Fall von Tabes durch Nervendehnung geheilt sei, zweifelhaft sei die Besserung einzelner Symptome; auch in Bezug auf die Schmerzen sei dies nicht immer der Fall gewesen. *Die Nervendehnung ist keine Heilmethode der Tabes.*

70) Herr **Sonnenburg** constatirt, dass er in Vertretung Dr. Israels den mehrfacherwähnten Tabeskranken nur ungern gedehnt habe und nur einen moralischen Erfolg erzielt zu haben glaube.

71) Herr **Langenbuch:** In Bezug auf den ersten der von Herrn Bernhardt erwähnten Fälle habe er zu sagen, dass er jetzt in einem ähnlichen Falle kaum noch alle 4 Nerven dehnen würde; er würde

wohl jetzt nach verschiedenen Richtungen hin anders verfahren, da er sein eigener Lehrer habe sein müssen, so habe er manches gethan, was er jetzt bei gereifterer Erfahrung anders machen, beziehungsweise unterlassen würde. Uebrigens habe der Kranke gegen seinen Willen Soolbäder genommen, anstatt, wie er gerathen, einfach im Genuss frischer Luft und durch Ruhe sich zu erholen. Was den von Herrn v. d. Steinen erwähnten Fall beträfe, so habe er geglaubt, die Rectal- beziehungsweise Analbeschwerden von einer nachweisbaren Fissur abhängig machen zu sollen. Die unblutige Erweiterung des sphincter sei hierfür ein durchaus bekannter Eingriff. In dem andern von v. d. Steinen erwähnten Fall habe er zunächst nur den sensiblen (?) Ast des peroneus durchschnitten. Den Todesfall in Folge der Dehnung der pudendi bedauere er sehr, übrigens seien die Nieren geschwollen gewesen. Wenn Herr v. d. Steinen sage, dass man (Wegner, Stettin) in der Dehnung der n. hypoglossi bei Paralytikern wohl den Höhepunkt der jetzigen Bewegung erreicht habe, so sei dies in sofern nicht richtig, als z. B. Kümmel in Hamburg neulich mehrmals den n. opticus gedehnt habe. Es sei dies nach seiner Erfahrung an einer 26 jährigen, rechts vollkommen amaurotischen Frau, keine eingreifende Operation (Verfahren wie von Kümmel angegeben). Diese Frau habe jetzt nach der Operation wieder Lichtempfindung.

Von „Heilungen“ abstrahire auch er; er habe Erfreuliches gesehen gebe aber auch zu, dass er keine oder schlechte Resultate gehabt. Wenn er nur ein oder das andere der die Kranke am meisten belästigenden Symptome bessere, so sei dadurch dasselbe geleistet, wie durch innere Medication oder Elektrotherapie.

72) Herr **Westphal:** Der Pat. dem ein Stück vom n. peroneus fortgeschnitten war, hatte eine ausgesprochene Lähmung der Peronealmuskulatur. Herr Schelske, der die von Herrn Langenbuch operirte Blinde gesehen, macht die Rückkehr der Lichtempfindung von dem langen Liegen im Finstern abhängig. Erst nach einiger Zeit würde man urtheilen können. Die Besserungen durch Nervendehnungen erzielt, seien in keiner Weise andere oder hervorragendere, als solche, welche durch andere Behandlungsmethoden erreicht würden.

Nachdem noch Herr Langenbuch von bedeutender Besserung eines tic convulsif bei einem jungen Mädchen berichtet, dem er Stücke aus allen 3 Aesten des Trigeminus an derselben Seite ausgeschnitten, wird nach einigen Bemerkungen des Herrn v. d. Steinen und Langenbuch's dis Diskussion über dieses Thema geschlossen.

Was auch die Zukunft bringen mag, so viel steht fest, dass die freie Besprechung dieses Themas im Schosse der berliner Medic. Gesellschaft Wesentliches zur Klärung des Fragwürdigen und Zweifelhaften in dieser so überaus wichtigen Angelegenheit beigetragen hat. Dies der allgemeine Eindruck. —

M. Bernhardt (Berlin).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

73) Aus Berlin: Dr. Sag. Die Erweiterung der *städtischen Irrenanstalt in Dalldorf* wird früher, als ursprünglich beabsichtigt gewesen, in Ausführung gebracht werden, denn die sowohl amtlicherseits wie von Privaten gestellten Aufnahmeanträge mehren sich ganz ausserordentlich. Mit Beginn des Frühjahres wird daher der noch ausstehende Bau zweier Sommerpavillons und eines Winterflügels unverzüglich in Angriff genommen werden, auch soll eine bedeutende Vergrösserung der Gartenanlage stattfinden.

Ob diese Methode der Vergrösserung zweckmässig ist und zum Ziele führen wird ist noch mehr als fraglich. Einsichtsvolle Stimmen prophezeihten schon vor Vollendung der Dalldorfer Anstalt die Nothwendigkeit der Errichtung einer zweiten, gleich grosen Anstalt im Süden der Stadt. Sie könnte allen Anforderungen gerecht werden und bewahrte die Direction der jetzigen Anstalt vor Ueberlastung, die Anstalt selbst vor event. Verbauung.

74) Aus Budapest: Dr. Franz Schwarzer, Docent der Psychiatrie an der hiesigen Hochschule ist von seiner akadem. Stellung zurückgetreten. Derselbe ist als der Begründer der Psychiatrie in Ungarn anzusehen und alle jüngeren Irrenärzte sind in seiner Privatirrenanstalt gebildet, sind mithin gewissermaassen aus seiner Schule hervorgegangen.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Ueckermünde (Pommern), Assistenzarzt, sofort, 1200 Mark, freie Station. 2) Feldhof bei Graz (Steyermark, Director, 2400 fl. ö. W., 240 fl. Theuerungszuschuss, freie Wohnung etc. Meldung bis Mitte Februar an den Steyermärkischen Landesausschuss in Graz. 3) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis. Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 4) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 5) Schwetz, Volontairarzt,. 6) Stephansfeld (Elsass). III. Assistenzarzt, 1. März, 900 M., fr. Stat. 7) Osnabrück, II. Assistenz-Arzt, 1. März, 900 M. fr. Station. 8) Die Kreisphysicate: Bolkenhain (Liegnitz), Daun (Trier), Deutsch-Krone (Marienwerder), Eisleben (Merseburg), Grottkau (Oppeln), Lyk (Gumbinnen), Militsch (Breslau).

Besetzte Stellen. Allenberg, der Volontairarzt Herr Dr. Raeuber ist zum Assistenzarzt befördert. Leubus, 3. Arzt und Vol., Königslutter, 2. Assistenzarzt. (Die Namen der Inhaber sind von den betr. Directionen nicht angegeben worden.) Bonn (neueröffnete prov. Irren-Heilanstalt), II. Arzt. Herr Dr. Bartens, bisher in Düren; III. Arzt, Herr Dr. Schuchard, bisher in Andernach; Assistenzarzt, Herr Dr. Rath, bisher in Osnabrück; Volontairarztstelle wird erst im Sommer besetzt, ist aber bereits vergeben. Eberswalde, 1. Hilfsarzt Herr Dr. Poensgen aus Strassburg i E., 2. Hilfsarzt Herr Dr. H. Eckelmann aus Hildesheim.

Ehrenbezeugungen. Prof. Dr. Leidesdorf in Wien erhielt das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens. Prof. Dr. Nasse in Bonn den rothen Adler-Orden III. Classe mit der Schleife.

Habilitirt. Dr. Bechterew und Dr. Erlitzki für Psychiatrie in St. Petersburg.

Todesfall. Geh. Med.-Rath Dr. Volz in Karlsruhe. Kreis-Phys. San.-Rath Dr. Utting in Grottkau.

VI. Correspondenz der Redaction.

Wir bitten *Manuscripte nur unter Couvert* zu senden, und nicht in Brochuren und Bücher zu stecken, die unter Streif-Band gesandt werden.

Geh. Rath Zinn in Eberswalde: Herzlichen Dank; leider sind nicht alle Anstalts-Directionen Ihrer Ansicht, und das Erinnern ist bei den Meisten nöthig.

Druckfehler.

pag. 30, Zeile 3 v. o. statt weil lies falls. pag. 71. Zeile 9 v. o. Obduction statt Operation, Zeile 16 v. o. regenerativ statt degenerativ.

VII. Anzeigen.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig,
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. März 1882. Nro. 5.

INHALT.

I. Referate.

75) Friedr. Schulz: Experimentelle Studien über Degeneration und Regeneration der Cornealnerven. (Inaug. Diss. Dorpat 1881. 8⁰ 77 S.)

Froschhornhäute wurden nach vorherigem Trocknen mit Fliesspapier, mit 50 % Kali-cautsicum-Lösung geätzt und die Thiere dann nach verschiedenen Zeiträumen (1 Stunde bis 3 Monate) getödtet. Sodann wurden die Hornhäute ausgeschnitten und nach der von Boetcher geübten Bastian- Pritchard'schen Methode in Goldchlorid gefärbt und nach vorherigem Entfernen des Epithels in toto mikroskopirt. Die Resultate der fleissigen mit lithographischen Bildern geschmückten Arbeit gebe ich mit des Verf's. Worten wieder:

1. Die Degeneration der marklosen Nervenfasern erfolgt auf eine entzündliche Reizung hin und besteht in körnigem, seltener fettigem Zerfall des Axencylinders und der Scheidenkerne. — 2. Die Degeneration bleibt stets bei einem Knotenpunkte stehen, gewöhnlich dem der Reizungsstelle zunächst, centralwärts von ihr gelegenen; sie schreitet in longitudinaler nie in transversaler Richtung fort. — 3. Degeneration und Regeneration sind zeitlich nicht auseinander zu halten, verlaufen vielmehr nebeneinander; was jedoch so aufzufassen ist, dass die Regeneration schon beginnt, bevor die Produckte der Degeneration (durch Lähmung, Resorption etc.) geschwunden sind. — 4. die Kernwucherung ist ein Product der entzündlichen Reizung; sie geht von den im intact gebliebenen Knotenpunkte gelegenen Scheidenkernen aus. — 5. Die Vermehrung der Kerne findet wahrscheinlich durch Theilung statt. — 6. Die neugebildeten Kerne liefern eine (endotheliale) Ausscheidung der alten Scheiden, geben den Anstoss zur Bildung neuer Scheiden und werden schliesslich zu normalen Scheidenkernen. Der Ueberschuss an Degenerationskernen geht zu Grunde; wie, ist nicht nachgewiesen. — 7. Kernwucherung und Degeneration der Axencylinder stehen in keinem Zusammenhange; beide Processe verlaufen vollständig unabhängig von einander.

Buch (Helsingfors).

---

76) **Adamkiewicz** (Krakau): Die normale Muskelfunction betrachtet als das Resultat eines Gleichgewichts zweier antagonistischen Innervationen und die atonische Ataxie und die spastische Parese der Muskeln als die Endeffecte einer Störung dieses Gleichgewichts. (Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. III. H. 3.)

Verf. geht bei seinen Erörterungen von zwei Fällen aus, welche er schon früher genauer beschrieben hat. Der eine, eine amyotrophische Bulbärparalyse war dadurch ausgezeichnet, dass am Schlusse der Krankheit Spasmen in der gesammten Muskulatur sich einstellten, während der Wille die Macht verloren hatte sie zu erregen. Die Spasmen waren reflectorischer Natur, die Haut- und Sehnenreflexe gesteigert. Bei der Section fand sich eine vollkommene Degeneration der Pyramidenbahnen, welche sich von dem verlängerten Marke bis herab zu dem letzten Ausläufer des Markkegels hinzog. Der andere Fall bot die Eigenthümlichkeit dar, dass die Muskulatur vollständig schlaff war, jeder Tonus fehlte, Haut- und Sehnenreflexe verschwunden waren. Die Obduction ergab eine graue Degeneration der Hinterstränge in ihrem ganzen Verlauf. Aus den beiden Fällen geht hervor, dass Degeneration der Hinterstränge die Körpermuskeln erschlafft und Degeneration der Hinterseitenstränge dieselbe in einen Zustand abnormer Spannung versetzt. Es folgt ferner, dass der unter normalen Verhältnissen vorhandene mittlere Grad von Spannung der Muskulatur, der Tonus, unter dem Einflusse einer doppelten Innervation steht, derjenigen der Hinterstränge, welche ihn unterhalten und derjenigen der Hinterseitenstränge, welche ihn hemmen, dass er somit das Resultat zweier Innervationen ist, welche auf einander antagonistisch wirken.

Normaler Weise entsteht die Willenserregung in der Hirnrinde und endet im Muskel. Der gesammte psycho-motorische Nervenmuskelapparat kann an jeder Stelle seines Verlaufes Sitz eines Krankheitsherdes werden. Hat derselbe seinen Sitz centralwärts von den grossen Vorderhornzellen des Rückenmarks so entstehen *functionelle* Bewegungsstörungen; im andern Falle, wenn derselbe im motorischen Endapparate mit Einschluss der Vorderhornzellen sich findet, resultiren *materielle* Bewegungsstörungen. Jede functionelle Bewegungsstörung verbreitet sich immer über Systeme von Muskeln, jede materielle bestimmt sich nach der anatomischen Lage der Motoren. Wie wir aus den materiellen Bewegungsanomalien Kenntnisse über die normalen Leistungen der ausgeschalteten Endapparate gewonnen haben, so wird auch die Betrachtung functioneller Bewegungsanomalien, welche die Folgen sind der Erkrankung bestimmter Rückenmarkssysteme uns eine Einsicht in die Function dieser Systeme gewähren. Von diesen Erkrankungen kennen wir 1) die Degeneration der Hinterstränge mit der von ihr veranlassten sog. Ataxie und 2) Die Degeneration der hintern Seitenstränge mit der von ihr veranlassten spastischen Bewegungsparese. Die Bewegungsstörung der Tabischen resultirt aus einem Mangel der Coordination und Moderation der Bewegung. Umgekehrt ist es bei der Seitenstrangsklerose: hier reicht die gewöhnliche Willensbewegung nicht hin Bewegungen zu erzwingen, welche das Maass des Gewollten auch nur annährend erreichen. Aus diesen pathologischen Thatsachen folgt, dass es unter normalen Verhältnissen die Aufgabe der Hinterstränge sein muss auf die vom Willen erregten motorischen Vorgänge hemmend einzuwirken und ferner, dass die Willenserregung der hemmenden Wirkung der Hinterstränge entgegenwirkt und ihr gerade gewachsen ist. Die normale natürliche Willensfunction der Muskeln ist somit das Resultat zweier Innervationen, welche einander antagonistisch beeinflussen. Vergleichen wir diesen Schlusssatz mit dem über den *Tonus* aufgestellten, so ergibt sich hieraus: der Tonus hemmt die Willensfunction und die Willensfunction hemmt den Tonus. Den Beweis für seine Behauptungen erblickt Verf. in der Thatsache, dass bei *gleichzeitiger* Erkrankung der Seiten- und Hinterstränge Ataxie und spastische Erscheinungen nach den Untersuchungen Westphals *nicht* eintreten; ferner ruft jede Unterbrechung der Pyramidenbahnen auch ausserhalb des Rückenmarks also im Gehirn Erscheinungen von Spasmus hervor, welche fehlen, wenn gleichzeitig eine Degeneration der Hinterstränge besteht.

Die Erscheinungen von Spasmus schwinden im Schlaf und in der Narkose, ein Beweiss dass die tonisirenden Fasern aus der Hirnrinde ihren Ursprung nehmen und der Tonus somit eine automatische Hirnfunction ist. Da derselbe sich steigert in Folge von Leitungsunterbrechungen im Verlaufe der Pyramidenbahnen, so muss er durch andere Bahnen vermittelt werden, deren Function durch die der Pyramidenbahnen offenbar beeinträchtigt wurde.

Diese andern Bahnen können aber nur in den *Hintersträngen* verlaufen.

Eickholt (Grafenberg).

---

77) **William Macewen:** Intra-cranial lesions, illustrating some points in connexion with the localisation of cerebral affections and advantages of antiseptic trephining. (Ueber intracranielle Verletzungen mit Rücksicht auf Fragen der Gehirnlocalisation und die Vorzüge antiseptischer Trepanation. (The Lancet 1881. 24 IX.)

Verf. hattte früher Schädelverletzungen expectativ behandelt und auch bei diesem Verfahren ausgezeichnete primäre Erfolge erzielt. Längere Beobachtungen aber belehrten ihn, dass von diesen anfänglich Geheilten Viele später noch erkrankten. Es stellten sich Gedächtnissschwäche, Geistesschwäche, Verwirrtheit, Taubheit der Glieder ein. Dem Verf. drängte sich Angesichts solcher Fälle die Frage auf, ob nicht eine eingreifende Therapie, so z. B. Elevation von deprimirten Knochenstücken der Nachentwicklung genannter Störungen hätte vorbeugen können. Als Beitrag zur Lösung der Frage bringt er folgende vier Fälle.

I. Ein 17jähriger Mensch hatte einen Splitterbruch des Schädels mit Depression am linken Occipitalbein erlitten. Die geistigen Störungen bestanden in Verwirrtheit und allgemeiner Unruhe. Nach Trepanation und Elevation schwanden dieselben und die Heilung ging rasch von Statten.

II. Durch einen Fall aus dem Fenster von 15′ Höhe hatte sich ein 9 Jahre alter Knabe einen einfachen Schädelbruch ohne Depression rechterseits zugezogen. Am 6. Tage nach der Verletzung kam ein Anfall von Convulsionen mit Bewusstlosigkeit und Erbrechen, Zuckungen der linken Augenlider, des linken Mundwinkels, Deviation der Augen nach links.

Am 7. Tage trat eine Reihe solcher Anfälle auf, die Convulsionen ergriffen auch den linken Arm und schliesslich den rechten. Von der Annahme ausgehend, dass eine intracranielle Blutung die Ursache sein könne, machte Verf. die Trepanation.

Als nach Entfernung der Knochenscheibe 5 Minuten lang keine Hirnpulsation zu bemerken war, wurde die Dura durch einen Kreuzschnitt eröffnet und ca. 60 gramm Blutgerinsel und flüssiges Blut entleert. Das Bewusstsein kehrte sofort zurück, die Heilung trat rasch ein und war nach 18 Monaten noch eine vollständige.

III. Ein 14 Jahre altes Mädchen hatte wegen einer bohnengrossen, dem Knochen anheftenden Geschwulst in der linken Augenhöhle Aufnahme gefunden. Ausserdem befand sich an der linken Stirne $2^1/_2$″ über dem linken Augenbrauenbogen eine Gerstenkorngrosse harte Geschwulst. Die linke Pupille war verengt, und reagirte nur träge. Pat. klagte über einen dumpfen fixen Schmerz über der linken Augenbraue.

Einige Tage nach der Aufnahme bekam Pat. plötzlich convulsivische Anfälle, anfänglich nur der rechten Seite, mit Bewusstlosigkeit. Die Anfälle wurden häufiger, ergriffen schliesslich den ganzen Körper und bekamen unter Temperatursteigerung einen solch bedrohlichen Character, dass Verf. sich zur Trepanation entschloss. Die Indication hierfür fand er in der Beschaffenheit der linken Pupille, der Anwesenheit des Tumors in der Augenhöhle und des Knötchens an der Stirne, in dem fixen dumpfen Schmerz zwischen diesen Tumoren

und in den einseitigen Convulsionen. Verf. nahm an der Stelle des Knötchens eine Scheibe von 1 Zoll Durchmesser weg und kam dann auf einen unregelmässigen Tumor, der sich flächenhaft an der Dura und der Orbitadecke ausbreitete. Nach Entfernung desselben wurde auch der in der Augenhöhle gelegene mit ihm zusammenhängende Tumor excidirt. Pat. erholte sich rasch von der Operation; die Genesung erfolgte ebenfalls rasch; nur einmal kam es noch zu einem Anfall von Convulsionen, der dann nach Abnahme des Druckverbandes schwand. Pat. ist seit 2 Jahren gesund geblieben.

IV. Ein 11jähriger Knabe zeigte 2 Wochen nach einem Falle auf den Kopf eine in der Vernarbung befindliche Hautwunde über der linken Augenbraue, auch war der Knochen vom Periost entblösst. Der Patient befand sich in einem Zustande andauernder Somnolenz; wenn daraus geweckt, zeigte er sich ganz intelligent. 3 Wochen nach der Verletzung bekam Pat. unter Temperatursteigerung einen Anfall von Starre und Erbrechen; 5 Tage darnach rechtseitige Convulsionen und Aphasie. Verf. stellte die Diagnose auf Abscess in der linken dritten Frontalwindung und schlug Trepanation vor. Dieselbe wurde nicht gestattet, von Verf. aber dann an dem nach zwei Tagen verstorbenen Kranken ausgeführt. Ein durch die linke Frontalwindung hin gerichteter Einstich entleerte wirklich Eiter und die weitere Section ergab das Vorhandensein eines Taubeneigrossen Abscesses der weissen Substanz der 2. und 3. Stirnwindung mit starker Injection der Umgebung. Verf. ist der Ansicht, dass Pat. durch rechtzeitige Operation hätte gerettet werden können. Karrer (Erlangen).

---

78) **Eug. Giovanardi:** (Modena): Ein Fall von angeborner beiderseitiger Anophthalmie. (Rivista sperim. di freniatria 1881 III. H.)

Der Verfasser hatte Gelegenheit die Section eines 14monatlichen Mädchens vorzunehmen, welches von Geburt an blind gewesen war.

Die beiden Bulbi fehlten vollständig, hingegen waren die Thränenorgane sowie die äusseren Augenmuskeln sammt ihren Nerven (mit Ausnahme des Musc. obl. inf.) vorhanden; doch schienen diese Muskeln ein wenig atrophisch zu sein und zeigten in ihren Fasern eine schwache fettige Degeneration. — Das Ganglion ophthalmicum u. die Binnenmuskeln der Augen fehlten.

Von den beiden N. opticis war nichts zu sehen, ebenso mangelten das Chiasma und die beiden Tractus opt. Während der Thalamus normal erschien fehlten die Corpora geniculata lateralia; die hinteren (!) Vierhügel waren atrophisch, die vorderen intact. Die beiden Hinterhaupstlappen waren bedeutend kleiner als unter normalen Verhältnissen; besonders in die Augen springend war die Atrophie an der oberen Occipitalwindung. — Unter dem Mikroskope erschienen die Ganglienzellen der atrophischen Windungen kleiner, als sie sonst bei Kindern dieses Alters zu sein pflegen, und mit Fettkörnchen infiltrirt.

Bei dem Umstande, dass eine angeborne Anophthalmie immerhin

zu den Seltenheiten gehört und besonders auch nur sehr wenig Fälle mit genauer Untersuchung des Gehirnes bekannt sind, verdient dieser Fall grössere Beachtung. Obersteiner (Wien).

---

79) **Leonida Canali** (Parma): Gliosarcom des Stirnhirnes. (A. Riv. sperim. de freniat. 1881 3. H.)

Nach einem vor $2^1/_2$ Jahren erlittenen Trauma gegen die rechte Stirnseite stellten sich bei dem 44jähr. Manne heftige Kopfschmerzen, dann wiederholte kurz dauernde Anfälle von Bewusstlosigkeit, Atrophie des rechten, später des linken Sehnerven ein, nach kaum einem Jahr nach der Verletzung war die intellectuelle Abnahme sehr merkbar, sowie auffallende Ungeordnetheit der Ideen, grosse Geschwätzigkeit und Reizbarkeit. Von Seite der Motilität wurden keine Störungen bemerkt. Erst wenige Stunden vor dem Tode stellte sich ein Status epilepticus mit allgemeinen Krämpfen ein.

Bei der Section fand sich ein kleinzelliges, hühnereigrosses Gliosarcom, welches das mittlere und einen Theil des vorderen Drittels der oberen Stirnwindung (an der convexen und an der medialen Oberfläche) zerstört hatte; in der nämlichen Ausdehnung war auch die mittlere Stirnwindung (aber nicht vollständig) ergriffen.

Obersteiner (Wien).

---

80) **W. Bechterew:** Fall von localer Atrophie der Gehirnrinde mit daraus resultirenden Krämpfen und einseitiger Ablenkung des Kopfes und der Augen. (Klinische Wochenschrift, redig. von Prof. Botkin 1881 Nro. 1—3 russisch, Petersburger med. Wochenschr. 1881 Nro. 11—13.)

Es handelte sich in diesem Falle um einen Paralytiker, bei welchem die progressive Paralyse durch vorwiegend auf der rechten Körperhälfte auftretende Krämpfe und eine Anfangs nach links, dann nach rechts erfolgende Ablenkung der Augen und des Kopfes complicirt wurde; die Krämpfe folgten in den 3 letzten Lebenstagen des Kranken fast ununterbrochen auf einander. Bei der *Section* fanden sich mehrere atrophische Stellen in der Hirnrinde, welche in Form von localen Eindrücken im Bereiche der Centrallappen beider Hemisphären, besonders der rechten, auftraten. In diesen Depressionen befanden sich im subarachnoidealen Raume sackförmige, geschlossene und von Cerebrospinalflüssigkeit erfüllte Höhlen.

Verf. sucht, nach einer genauen Analyse der vorhergegangnen Symptome und mit Berücksichtigung eines seiner frühern Artikel (Arbeiten der Gesellschaft russischer Aerzte 1880) klinisch die krampfhafte Ablenkung der Augen und des Kopfes von den paralytischen zu trennen. Dieses ist in den Fällen wichtig, in welchen die Deviation entweder isolirt auftritt oder die begleitenden paralytischen oder spastischen Erscheinungen sich auf beide Körperhälften ausbreiten, wie im vorliegenden Falle. In diesen Fällen kann das Prévost'sche Gesetz, dass die paralytische Ablenkung des Kopfes und der Augen auf die der Lähmung entgegengesetzte Seite geschieht, begreiflicher Weise nichts

zur topischen Diagnose der Affection beitragen und desshalb macht der Verf. auf einige Puncte aufmerksam, welche es in jedem Einzelfalle ermöglichen, die krampfhafte Deviation von der paralytischen zu unterscheiden und zwar:

1) Die spastische Deviation der Augen und des Kopfes dauert nicht immer kurze Zeit, sondern kann, wenn sie im Beginne des Krampfanfalles auftritt, sehr lange anhalten, wenn die Anfälle fast unmittelbar auf einander folgen, wie im vorliegenden Falle des Verf.; dabei tritt sie aber bei Fortdauer der Krämpfe bald schwächer, bald stärker auf und kann auf kurze Zeit ganz schwinden.

2) Die Deviation erreicht ihr Maximum während der heftigeren Krampfanfälle, wobei die Mm. sternocleidomastoideus und trapezius der entgegengesetzten Seite straff angespannt, auf der Seite der Deviation aber schlaff sind; zuweilen sieht man auch Zuckungen im platysma, dem scalenus anticus u. a.

3) Der Kopf kann bei der spastischen Deviation fast gar nicht oder nur auf kurze Zeit mit der Hand gerade gestellt werden, zuweilen dreht der Kranke bei einem solchen Versuche auch seinen Rumpf mit.

4) Die Augen verhalten sich während der krampfhaften Ablenkung des Kopfs, welcher den Zusammenziehungen des Kopfnickers synchronische Bewegungen im Sinne der Deviation macht, durchaus nicht ruhig, sondern oscilliren in horizontaler Richtung zur Seite der Krämpfe hin und her. Die *paralytische Deviation* tritt gewöhnlich im Verlaufe der Lähmung auf, ist immer schwächer als die spastische, erreicht nicht immer das Maximum der Ablenkung und dauert gewöhnlich immer länger. Es werden bei ihr keine Zuckungen in den Halsmuskeln bemerkt, der Kopf verharrt ruhig in der gegebenen Stellung, zeigt keine rotirenden Bewegungen und kann ohne jede Kraftanstrengung gerade gerichtet werden; so wie aber die ihn bewegende Hand ihn verlässt, so nimmt er wieder seine frühere Stellung ein.

Verf. hat in dem von ihm beobachteten Falle während der spastischen Deviation der Augen gleichzeitig Verengerung und Starrheit der Pupille und eine leichte Hebung des obern Augenlides an dem nach innen gekehrten Auge beobachtet. Diese Erscheinung leitet er von einer Reizung des Oculomotorius ab; die Nervenerregung wird auf den Oculomotorius und den Abducens übertragen und auf diese Weise der rectus externus und internus contrahirt, sie irradiirt auch auf andere Zweige des Oculomotorius, so auf den zum Ganglion ciliare abgehenden Ast, welcher die Iris zusammenzieht und zu dem an den levator palpebrae superioris gehenden, wodurch also Myose und Erhebung des oberen Lides entstehen.

Hinze (St. Petersburg).

81) **W. Bechterew:** Ueber Déviation conjugée der Augen und des Kopfes bei Affectionen der Gehirnrinde. (Arbeiten der Gesellschaft russischer Aerzte Jahrgang 1880.)

Verf. berichtet über einen Fall von progressiver Atrophie, welche sich plötzlich mit einem subcomatösem Zustande und Krampfanfällen bei gleichzeitiger Abweichung der Augen und des Kopfes auf eine Seite complicirte. Diese Anfälle traten in der letzten Lebenswoche des Kranken mehrmals täglich (selbst bis zu 60 mal) in vollkommener stereotyper Weise auf. Zuerst röthen sich Gesicht und Conjunctiven, darauf wurden Kopf und Augen auf die linke Seite gedreht und treten tonische Contractionen der linken Gesichtshälfte auf, welche sich allmählig über die linke obere Extremität, die linke Rumpfhälfte und das linke Bein verbreiten; nach einiger Zeit werden die tonischen Krämpfe zu klonischen und wird das Ende des Anfalls durch eine Wendung des Kopfes und der Augen nach rechts, einige Schluckbewegungen, Amaurose des Gesichtes, schnarchendes Athmen und Auftreten von Schaum zwischen den Zähnen angezeigt. Sehr bald nach dem Erscheinen eines solchen Anfalls traten noch die Zeichen einer linksseitigen Hemiplegie hinzu, die Anfälle dauerten aber bis zum Tode des Kranken fort und blieben auf die gelähmte Seite beschränkt.

Die *Section* ergab einen 2 cm. breiten hämorrhagischen Herd im Gewebe des rechten Proc. falciformis, welcher diesen nach rechts stark vorgedrängt hatte und seiner Lage nach der innern Oberfläche des hintern Abschnittes der ersten Stirnwindung und theilweise dem lobus paracentralis entsprach.

Die *Diagnose* bot in dem vorliegenden Falle wegen der einseitig auftretenden, mit Lähmung verbundenen Krämpfe einige Schwierigkeit, da die, eine solche Störung verursachende, Affection in allen Theilen der rechten Gehirnhälfte oberhalb der Pyramidenkreuzung, vom crus cerebri an bis in die Hirnrinde hinein, ihren Sitz haben konnte. Es musste aber die Art der Entwickelung der Krämpfe, ihre regelmässige Verbreitung und ihr stereotypes Auftreten nach Ansicht des Verf. genügen, um noch während des Lebens die Diagnose auf eine Affection der psychomtorischen Centren in der Hirnrinde stellen zu können. Verf. verweist hierbei auf seine früheren Beobachtungen über Läsionen der psychomotorischen Centren, welche im Medizinski Westnik 1879 Nro. 27—51 und in der Petersb. medic. Wochenschrift. 1879 Nro. 50 und 51 veröffentlicht sind und verwirft die Ansicht Landouzy's (Bulletin de la société anatom. 1879, Serie 4 T. IV) hinsichtlich der Localisation der Déviation conjugée. L. nimmt den Sitz dieser Erscheinung im Fusse des unteren Scheitelläppchens zwischen der Sylvischen und der parallelen Furche an, während Verf. auf seine Beobachtungen hin, ihn in den hintern oder obern Theil der ersten Stirnwindung verlegen möchte, was auch mit dem Resultate der experimentellen Untersuchungen (Ferrier) übereinstimmt.

Hinze (St. Petersburg).

82) **Debove** (Paris): Contributions a l'étude des arthropathies tabetiques. (Archives de Neurologie Nr. 5. 1881.)

Verf. berichtet über einen Fall von Tabes mit multiplen Arthropathien und knüpft daran einige allgemeine Betrachtungen.

Ein bis dahin gesunder Mann wird 1869 von den charakteristischen lancinirenden Schmerzen in beiden Beinen befallen, 1871 von Ataxie, die gegenwärtig so hochgradig ist, dass P. kaum mit Hilfe zweier Wärter einige Schritte machen kann. Seit 1876 gleiche Schmerzen in den oberen Extremitäten, doch keine Ataxie; ihre Motilität leidet nur durch eine äusserlich durch Schwellung characterisirte Affection des linken Ellbogengelenkes, die 1874 spontan entstand, desgleichen durch eine des rechten und linken Schultergelenkes, welch' erstere 1876 nach einem Falle auf den Rücken, und welch' letztere 1880 spontan auftrat.

Hervorgehoben zu werden verdient, dass die blasse Schwellung ausser die linke Schulterrregion auch die gleichnamige seitliche Thoraxgegend einnimmt. (Erguss unter den m. pectoralis major).

Verf. macht ganz besonders auf die Häufigkeit der Symmetrie der Gelenksaffection bei Tabikern aufmerksam. Unter den 23 von Michel gesammelten Fällen von tabischen Arthropathien befinden sich 6 von multipler und 4 von vollständiger Symmetrie vor. Es scheint, dass gewisse Tabiker ganz besonders zu Arthropathien prädisponirt sind. Die Praedisposition wird leicht unter der Einwirkung localer Traumata manifestirt. (Diese Erklärung ist wohl für viele, gewiss aber nicht für alle Fälle zutreffend. d. Ref.) Die Anschwellung des Gelenkes rührt her von einer massigen inflammatorischen Vermehrung der Synovia. Diese sowie die Ruptur der Gelenkskapsel, vermöge welcher sich die Synovia in die Nachbarschaft ergiessen kann, sind Coeffecte eines Entzündungsprozesses und stehen nicht im Verhältnisse von Ursache und Wirkung zu einander. Die Schmerzlosigkeit der tab. Arthrop. mag zum Theil durch die Abwesenheit des intra-articulären Druckes begründet sein. Die Ruptur in der Kapsel dürfte sehr wahrscheinlich die Folge einer Knochenläsion sein in der Nähe der Kapselinsertion, sowie es überhaupt wahrscheinlich erscheint, dass es sich nicht um einen primären ulcerativen Prozess in der Gelenkscapsel, sondern vielmehr um eine *primäre Läsion des Knochens* (rarificirende Ostitis, Blanchard) handelt, die durch kleine Fracturbildung ausgezeichnet ist — daher die oft über Nacht entstandene Crepitation in solchen Gelenken. —

Die Arthropathie der Tabiker ist ausser durch ihre rasch zur grossen Usur führenden Tendenz noch dadurch ausgezeichnet, dass die ein Gelenk constituirenden Knochen in ganz ungleicher In- und Extensität ergriffen sind, während bei der sogenannten Arthritis sui generis die ganze Oberfläche des Gelenkes mehr oder weniger im gleichen Grade an dem deformirenden Prozess participirt.

Müller (Graz).

---

83) **Otto Kahler** (Prag): Beitrag zur patholog. Anatomie der mit cerebralen Symptomen verlaufenden Tabes dorsalis. (Separatabdruck. Zeitschrift für Heilkunde II. p 432.)

In einer kurzen Einleitung motivirt Verf. die Mittheilung eines einzelnen höchst interessanten Falles von Tabes dadurch, dass es mit Hilfe der mikroskop. Untersuchung des Centralnervensystems gelang, die Abhängigkeit gewisser bei ihm vorkommenden Symptome von einem bestimmt localisirten Processe sicher zu stellen.

Es werden sodann die einzelnen im Verlauf der typischen Tabes auftretenden Lähmungserscheinungen (von Duchenne zuerst erkannt) an cerebralen Nerven besprochen, die Lähmungen des Oculomotorius, Abducens und Trochlearis, ferner die noch seltneren des Trigeminus, Facialis, Acusticus, Vagus, Accessorius, Hypoglossus und Glossopharyngeus.

Die den Lähmungen dieser Nerven entsprechend beobachteten Störungen waren Augenmuskellähmung, Gesichtslähmung, Anästhesien und Parästhesien im Gesicht, lancinirende Schmerzen, Ataxie der Kau- und Gesichtsbewegungen, Geschmackstörungen, Ohrensausen, progressive Taubheit, subjective Ohrgeräusche, Schwindelanfälle, Menière'sche Krankheit, Thränenfluss, neuroparalytische Keratitis, Schlingstörungen, Kehlkopfmuskellähmungen, laryngeale Krisen, habituell gesteigerte Pulsfrequenz.

So vollständig die klinische Seite der Frage erschöpft ist, so wenig wissen wir bis jetzt über die anatomische Grundlage. Die anatom. Veränderungen, welche gefunden wurden, beschränken sich auf Atrophie oder graue Degeneration der betreff. Nervenstämme, ferner fand man Sclerose der beiderseitigen aufsteigenden Trigeminuswurzeln, Sclerose der aufsteigenden Wurzel der Vagusgruppe, Atrophie der aufsteigenden Trigeminuswurzel.

Der von Kahler beobachtete Fall ist von ihm selbst in prägnanter Kürze wie folgt zusammengefasst. Vor 6 Jahren plötzlich eingetretene Weitsichtigkeit. Seit 2 Jahren herumziehende und neuralgiforme Schmerzen, Magenbeschwerden, später Parästhesien in den Beinen und Armen, durchfahrende Schmerzen, Gürtelgefühl. Linksseitige partielle Oculomotoriuslähmung, Parese des rechten Facialis, Lähmung der Schlundkopfmuskeln, der Muskeln des rechten Stimmbandes und der Herabzieher des Kehldeckels. Krampfhustenanfälle. Unsicherheit beim Gehen. Schwanken bei geschlossenen Augen, Tastsinnsdefecte an den Fusssohlen. Verschwinden der Augenmuskel- und Gesichtsmuskellähmung. Zunahme der Sensibilitätsdeffecte, Polyästhesie, motorische Schwäche, Lähmungserscheinungen auch am linken Stimmbande, Tod an Schluckpneumonie.

Typische Hinterstrangsclerose, chron. spinale Meningitis, chronische Ependymitis am Boden des IV. Ventrikels. Subependymäre Sclerose, die in die graue Substanz des Kammerbodens eindringt und die Vaguskerne, namentlich den rechten betheiligt.

Die Rückenmarkserkrankung stellte sich als eine reine Sclerose der Hinterstränge mit sehr intensiver, hauptsächlich hinten localisirter

chron. Meningitis heraus, im oberen Halstheile blieb die Sclerose auf die Goll'schen Stränge beschränkt. Höchst bemerkenswerth war die Veränderung an dem Ependym der Gehirnventrikel, sie war in allen Ventrikeln nachweisbar, erlangte ihre volle Entwicklung jedoch nur am Boden des IV. Ventrikels, hier besonders noch durch die Betheiligung der darunterliegenden nervösen Substanz. Die Veränderung des Ependyms war die der Granulation von grosser Mächtigkeit. Die Granulationen gaben der Oberfläche das Aussehen eines feinknotigen Netzes, dieselben bestanden aus feinem Faserfilzwerk mit eingestreuten Rundzellenhaufen, mit stellenweise sehr entwickelter Vascularisation.

Wo die Ependymwucherung am weitesten gediehen war, erstreckte sich die Sclerose in die Tiefe und kam es durch Atrophie und Schrumpfung der grauen Substanz zur Entwicklung von tiefen Gruben im Kammerboden. Der rechte hintere Vaguskern wurde zur guten Hälfte völlig zerstört. Die Glossopharyngeuskerne, Hypoglossus- Acusticus- und Facialiskerne waren intact. Die Abducenskerne und die Umgebung der Facialiswurzel waren von der subependymären Sclerose ergriffen. Es deckte sich die Läsion der Vaguskerne mit der Lähmung der vom Vagus-Accesorius innervirten Muskeln des Pharynx und Larynx. Kahler fasst diese chronische Ependymitis nicht als einfache Complication auf, sondern es bilden die chron. Entzündung der Pia, die chron. Entzündung des Ependyms und die Sclerose der Hinterstränge eine nosologische Einheit. Da die chron. Ependymitis vorzugsweise bei progressiver Paralyse der Irren sich vorfindet, und bei dieser paralyt. Erscheinungen der Schling- und Stimmorgane nichts seltenes seien, so wirft Kahler die Frage auf, ob nicht der beschriebene Fall eine Uebergangsform zwischen Tabes und tabischer Paralyse bilde.

Schulz (Braunschweig).

---

84) **Mortimer Granville:** Treatement of Locomotor Ataxia. (Practitioner 1881. Novb.)

Nachdem der Pat. eine kalte Uebergiessung des Rückens genossen, bleibt er im Bade aufrecht mit geschlossenen Augen stehen. Damit er nicht falle ist er mit einem Stock versehen oder stützt sich an eine Lehne u. dgl., die er aber nur bei der wirklichen Gefahr des Umfallens benutzen darf. Anfangs dauern diese Stehübungen 1/4 Stunde, nach und nach länger; sie sollen nach einigen Wochen eine erhebliche Besserung von Gehen und Stehen herbeiführen.

Erlenmeyer.

---

85) **Henri Huchard:** Hystérie dans ses repports avec divers états morbides. (L'union médicale Nro. 5. und 6. 1882.)

Das gleichzeitige Vorkommen einer andern Krankheit neben Hysterie ist im Stande irre zu leiten, namentlich die Prognose anscheinend schwerer zu machen. Verf. bespricht den Typhus, die entzündlichen Affectionen: Anginen, Laryngitis und Bronchitis; Traumen, Gelenkrheumatismus, Syphilis, Scrophulose und Intermittens und betont, dass

man sich hüten solle hysterische Symptome für Symptome der vorliegenden Krankheit zu halten und die Prognose und Behandlungsweise dadurch beeinflussen zu lassen z. B. bei Gelenkrheumatismus, der mit Hysterie vorhanden sein oder sie erst hervorrufen kann, Contracturen periarticulärer Muskeln und Hauthyperästhesie mit Jodtinktur, Vesicator oder Glüheisen zu behandeln, um eines Tages diese Erscheinungen ohne jede Veranlassung schwinden zu sehen.

Interessant ist, was er über den Zusammenhang von „Tuberculose“ und Hysterie, den er als causalen nicht zugiebt, erwähnt. Die Hysterie, gleichzeitig vorhanden, kann durch Aphonie, Blutspeien zur Zeit der Menstruation, Intercostalneuralgieen, Hyperästhesien am Thorax etc. die Prognose viel ungünstiger erscheinen lassen. Der unbedeutende Einfluss auf das Allgemeinbefinden beruhigt den Arzt wieder. In Beziehung auf die Möglichkeit, dass Hysterie eine Lungenaffection vortäuschen kann — ein nicht seltenes Vorkommen — citirt er einen Fall von Hysterie beim Manne: Pat. erbrach permanent gallige Massen seit einem Monat bei absoluter Appetitlosigkeit und lebhaften gastrischen Schmerzen.

Allerlei Magenaffectionen auch RMaffectionen wurden diagnosticirt und behandelt. Plötzlich weicht die Affection von selbst, ein trockener Husten ohne Auswurf, lebhafte Hauthyperästhesie des linken Thorax, wenig reichliche Hämoptysen, saccadirtes Athmen aber an beiden Seiten, rechts ein wenig schwächer, geringe Abschwächung des vollen Schalles in der fossa supraspinata. Man glaubt an beginnende Phtise bis ein hysterischer Anfall, durch Compression des linken Testikels aufgehalten, auftritt. Hierauf hin behandelt tritt Heilung ein. Einige Male kehrt er in's Hospital zurück mit linksseitiger Pleuralgie, Blutstreifen in Sputum, aber ohne Abmagerung. Die Dämpfung ist fort, tritt bald rechts oberhalb oder unterhalb der spina scapulae, bald in der Claviculargrube auf. Nach H's Beobachtungen können Dämpfungen bei Hysterie bestehen ohne Lungenläsion, sie wechseln den Ort und sollen bei Reizbarkeit von Muskeln, die durch selbst nur oberflächliche Percussion in Contraction gerathen, entstehen. Er nennt den Fall: hysterische Pseudotuberculose. — Eine Frau mit Paraplegie zeigt Polypnoe (60—70 Respir. in der Min.), keine Dyspnoe, nur eine Häufung der Inspirationsbewegungen unterbrochen von häufigen Säufzern. Ein heftiger hysterischer Anfall klärt alles auf und nach einem Monat ist die Kranke geheilt.

Rohden (Oeynhausen).

---

86) **P. Richer** (Paris): Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie. — Mit einer Vorrede von Charcot. (Paris 1881. 734 pag. 105 Holzschn. etc.)

Es mangelte bisher an einer zusammenfassenden, auf breiter Grundlage klinischer Forschung fussenden Darstellung der Hystero-Epilepsie. Diesem empfindlichen Mangel hat R., durch das hier vorliegende Werk abzuhelfen gesucht. Dasselbe zerfällt in 4 grosse Abtheilungen.

Die I. ist ausschliesslich der Darstellung der regulären und vollkommen ausgebildeten hyst. ep. Anfälle, sogenannter Schulfälle, gewidmet.

Verf. schildert die Prodrome: psychische und somatische (motorische, sensible, circulatorische, vegetative und die aura hysterica im engeren Sinne); ferner die *erste* d. i. epileptoide Periode des Anfalles. Sie gleicht äusserlich vollständig einem gemeinen epileptischen Anfalle, unterscheidet sich jedoch bestimmt und leicht dadurch, dass starke Ovarial-Compressionen oder Volta'sche Alternativen des galvanischen Stromes den hyst. ep. Anfall abschwächen und zuweilen sogar zu arretiren vermögen, wogegen sie bekanntlich gegen den ep. Insult ohne Wirkung sind. Die *zweite* Periode ist charakterisirt durch Verdrehungen und grosse Bewegungen (Clownismus); 'die *dritte* durch passionelle Attituden; die *vierte* durch hallucinatorische Delirien (Zoopsie).

Verf. weisst schliesslich auf die ganz engen Beziehungen hin zwischen dieser Form schwerer Hysterie und der gewöhnlichen kleinen Alltagshysterie.

In der II. Abtheilung beschreibt R. die wichtigsten Varitäten: *a.* der ganze Anfall besteht nur aus einer einzigen der früher angeführten Perioden, häufig in stark hypertrophirter Form; *b.* oder es treten noch andere dem typischen Falle fremde Symptome in die Erscheinung: Lethargie, Katalepsie, Somnambulismus, bei dieser Gelegenheit findet der Hypnotismus seine Besprechung.

Der III. Abschnitt handelt von den hyst. Sensibilitäts- und Motilitätslähmungen. Neu ist das Kapitel über die latente Contractur der hyst. Hemiplegie.

Den IV. Theil nehmen ein: Diagnose, Prognose und Therapie. Verf. ist ein Feind des therapeutischen Nihilismus und empfiehlt eine methodische individuelle Behandlung. Er erwähnt der Wirkungen der aesthesiogenen Substanzen und vor allem der statischen Electricität, die auf der Salpetrière durch Vigouroux reichliche Verwendung findet.

Müller (Graz).

---

87) **Charcot** und **Richer:** Contribution a l'étude de hypnotisme chez les hystériques. Du phénomene de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. (Archives de Neurologie Nro. 5 und 6 1881.)

In der vorliegenden Arbeit haben die Verff. die Früchte ihrer 1878 aufgenommenen und seither ununterbrochen fortgesetzten Untersuchungen über die somatischen Erscheinungen der Hypnose bei Hysterie niedergelegt und zeigen neben neuen werthvollen Thatsachen auch die Methode, unter deren Schutz man auf sicherem Wege zu ihnen gelangt.

Bekanntlich unterscheidet man zwei distincte Phasen des artificiellen hypnotischen Zustandes. Die eine wird von Charcot mit dem Namen: Lethargie hystérique provoquée belegt, die andere Catalépsie hyst. provoquée genannt.

Die die hyst. Lethargie so scharf characterisirende neuromusculäre Hyperexcitabilität, die sich darin äussert, dass der Muskel auf directe wie indirecte (vom Nerven oder den Sehnen aus) mechanische Reize nicht bloss mit einer lebhaften Zuckung, sondern vielmehr mit

Contracturbildungen reagirt, bildet diesmal fast ausschliesslich den Gegenstand der Untersuchungen und Mittheilungen der Verf.

Sie beginnen mit dem Studium der Reizung der Sehnen und bedienen sich der gewöhnlich zur Prüfung der sogenannten Sehnenreflexe angewandten Percussion (Choc brusque) oder länger dauernder Reize, als: Druck, Streichen, Malaxation und gelangen zu folgenden Ergebnissen:

Die Sehnenreflexe sind gesteigert, und es kommt zu verbreiteten, zuweilen sogar zu *allgemeinen* Reflex-Zuckungen. Doch folgt diese Diffusion keinem bestimmten Gesetze, gewiss nicht dem von Pflüger für die Hautreflexe formulirten. Fast immer ist die eine Körperhälfte erregbarer als die andere, ebenso bieten gewöhnlich die unteren Extremitäten einen andern Grad von Erregbarkeit als die oberen.

Am auffallendsten ist aber der grosse Unterschied in der Erregbarkeit der Stamm-, Extremitäten- und Gesichtsmuskeln. *In der grossen Mehrzahl der Fälle fehlt nämlich die mechanische Hyperexcitabilität in den Antlitzmuskeln vollständig.* Der Grad der Reflexerregbarkeit ist nicht bloss verschieden bei verschiedenen Kranken, sondern auch bei einem und demselben je nach den Höhenregionen des Rückenmarks sowie auch bei einem und demselben von Tag zu Tag, von Stunde zu Stunde.

Die die Percussion einer Sehne beantwortende Muskelzuckung hat eine ausgesprochene Tendenz in Contractur überzugehen — mehrere rasch wiederholte Percussionsschläge lösen am häufigsten eine permanente Contractur aus. In Fällen mit sehr gesteigerter Erregbarkeit genügt hiezu ein einziger Percussionsschlag; auch ein einfacher Druck auf die Sehne führt zum gleichen Resultate.

Zwischen der Ausbreitung der Reflexe und der Neigung zur Contracturbildung besteht häufig ein Antagonismus, indem man der Diffussion der Reflexe über grössere Bezirke oft bei Individuen begegnet, bei denen das erleichterte Auftreten von localen Contracturen vermisst wird. Wegen der leicht eintretenden Diffusion und Generalisation der Reflexcontractionen und Contracturen bei Perkussion ist diese selbst wenig geeignet zur Hervorbringung streng localisirter Contracturen. Diese können viel präciser und reiner, sicherer und intensiver erreicht werden durch andere mechanische Reizungen der Sehne, wie durch Friction, Druck. Namentlich gilt dies für Iudividuen mit hochgradig gesteigerter Reflex-Erregbarkeit.

Für oberflächliche und leicht zugängliche Sehnen genügt ein leichter Druck mit dem abgerundeten Ende eines Federhalters oder eines andern Gegenstandes, um rasch Contracturen zu erzeugen. Der Effect ist noch ein grösserer, wenn man gleichsam drückend über die ganze Länge der Sehne hinfährt, wenn auch bei graduellem Drucke die Contractur erst nach längerer Einwirkung des Reizes und weniger brüsk eintritt. Ein plötzlicher Druck hingegen nähert sich in seiner Wirkung der Percussion. —

Die Contracturen, wie sie auf Percussion oder Druck der Sehne auftreten, sind nichts anderes als feinere Ausdrücke einer Steigerung der sonst bekannten Sehnenreflexe.

In ganz gleicher Weise wirksam sind Reizung der Nerven selbst, und lassen sich namentlich von den leicht zugänglichen Nervenstämmen aus ohne Schwierigkeit Contracturen in ganz reiner Form erzielen. Besonders schön sind die Effecte der isolirten mechanischen Reizung des N. ulnaris, medianus und radialis. Man erhält die characteristischen Handstellungen reiner und schöner als durch die electrische Faradisation. — Diese Methode ist besonders geeignet um die Functionen der Muskeln i. e. die lebende Anatomie zu studiren und ad oculos zu demonstriren. —

Auch directe mechanische Muskel-Reizungen ziehen Contracturen nach sich. Es genügt ein Druck, eine Friction auf einen Muskel, um ihn in Contractur zu versetzen.

Zweierlei fällt jedoch hierbei auf: wenn auch der Druck nur auf einen Punkt oder auf ein Bündel eines grossen Muskels direct wirkt, so verfällt doch der ganze Muskel in Contractur, und zweitens tritt unter diesen Umständen sehr leicht gleichzeitig auch Contractur in den synergischen Muskeln auf — zwei Uebelstände, die der localen Faradisation nicht anhaften, und derselben daher bezüglich der strengen Localisation die Superiorität sichern.

Trotz dieser Schwierigkeit isolirte Contracturen zu erhalten, ist es den Verff. dennoch gelungen, an oberflächlich gelegenen und mit ihren Bäuchen sicher treffbaren Muskeln, namentlich an den oberen Extremitäten eine grössere Anzahl von umschriebenen Stellen zu finden, von welchen aus mit der grössten Präcision und Sicherheit die Muskeln isolirt in Contractur versetzt werden. Diese Stellen decken sich in der Lage genau mit den bekannten Duchenne-Ziemssen'schen motorischen Punkten, und ist darin gleichzeitig ein Mittel an die Hand gegeben durch locale Faradisation im nicht hypnotischen Zustande die während der Lethargie durch mechanische Reize erhaltenen Resultate zu controliren und verifiziren. Die Resultate differiren jedoch insoferne, als der Muskel in der Hypnose auf den mechanischen Reiz mit Contracturbildung, im wachen Zustande auf den electrischen Reiz jedoch nur mit einer Contraction antwortet.

Die Uebereinstimmung ist jedoch eine vollständige in den Gesichtsmuskeln, da sie, wenn überhaupt, stets nur mit einer Contraction reagiren. In den meisten Fällen von artificieller Lethargie fehlt jedoch die erhöhte neuro-muskuläre Erregbarkeit im Gesichte vollständig. Verff. fanden sie nur in ungefähr 4 auf 20 Fällen ausgebildet.

In diesen Fällen jedoch lassen sich bei directer wie indirecter Reizung durch einen mässigen Druck mit dem abgerundeten Ende eines kleinen Stiftes die schönsten und instructivsten Effecte erzielen, die mit den klassischen Gesichtsbildern in dem bekannten Werke Duchenne's über die Electro-Physiologie der Klinik wetteifern können.

In einem Falle war die erhöhte Erregbarkeit sogar in den drei äusseren Ohrmuskeln in ausgesprochener Weise vorhanden.

Die an den Extremitäten erhaltenen artificiellen Contracturen persistiren nach dem Erwachen. Um sie zu beseitigen ist es nöthig, die Versuchsperson wieder in Lethargie zu versetzen und während dieses Zustandes die antagonistischen Muskeln durch Streichen, Pressen etc. zu reizen, worauf die Contractur verschwindet. —

Im wachen oder kataleptischen Zustande ist dieses Verfahren völlig unwirksam. Die Contracturen wechseln unter dem Einflusse eines Magnetes — auf die symmetrische Region der andern Körperhälfte applicirt — letztere selbst, es tritt Transfert ein.

Müller (Graz).

---

88) **Craig Dixon** (Sydney): Epilepsy from Vaccination. (Britisch med. journal 1881 17. Decb.)

Bei dem bis dahin absolut gesunden Mädchen traten epilept. Anfälle auf, unmittelbar nachdem dasselbe geimpft worden war.

Erlenmeyer.

---

89) **C. Gerhardt** (Würzburg): Ueber einige Angioneurosen. (Volkm. Sammlung kl. Vorträge Nro. 209, 1881.)

Die erste Störung, die Verf. bespricht, ist die *Tachycardie.* Sie kommt als dauernde und vorübergehende Form vor. Der ersten Art liegt eine ziemliche Anzahl Fälle in der Literatur vor, die sämmtlich auf Vaguslähmung zurückzuführen sind. Von vorübergehender Tachycardie erwähnt G. 4 eigene Fälle: Ein Gelehrter bekam nach angestrengtem Arbeiten und vielem Rauchen Stunden — 2 Tage lange Anfälle von sehr beschleunigter, unregelmässiger Herzthätigkeit, die leicht nach zweckmässigem Regimen und Digitalis vorübergingen. Eine junge Frau bekam Anfälle mit Beschleunigung des Pulses über 220 nach heftigem Schreck im Wochenbette. Beendigung nach Digitalisbehandlung. Ein 72jähriger Mann, der Zeichen von Atherom des Aortenursprungs darbot, bekam plötzlich Athemnoth und Herzklopfen. Puls gross, voll, unregelmässig bis 136, Herzstoss im 6 J. C. R., Herzdämpfung leicht verbreitert, Töne schwach, unrein, mit murmelndem Geräusch. Leichtes Oedem der Knöchelgegend. Inf. Dig. Puls am folgenden Tage 120. Später Acet. scillit. mit Tin. Digit. Puls sinkt auf 80 Schläge. Ein 45jähriger Cantor bekam sitzend inmitten ruhiger Unterhaltung plötzlich starkes Herzklopfen, Beengung und Drücken auf der Brust, Husten, Schmerzen auf der Brust. Herzklopfen schwand nach 6 Wochen. Befand sich 1½ Jahre lang wohl, bis auf Reisen plötzlich ein erneuter Anfall auftrat. Es wurde constatirt: Halsvenen stark gefüllt, undulirend, Blähung der unteren Lungenlappen, Herzgegend etwas druckempfindlich, Herzstoss, Herzdämpfung verbreitert, Herzthätigkeit 220, unregelmässig, Töne verworren, von undeutlichen Geräuschen begleitet, leichte Schwellung der Leber. Chinin 2,0, Digitalis-Inhalation 1%ig. In den nächsten Tagen schwanden alle Symptome. Es handelte sich um primäre Tachycardie und secundäre Hyperämie und Blähung der Lunge. Temporäre Lähmung des regulatorischen Herznervencentrums in der medulla

oblong. bildet in solchen Fällen wohl die Hauptursache der Pulsbeschleunigung, dazu kommt vielleicht eine von Grosshirn ausgehende Reizung des excitirenden sympathischen Systems.

Ausser diesen durch Aufregung, Anstrengung etc. entstandenen Formen, kommen noch tachycardische Zustände durch Intoxication (Atropin, Tabak) und bei allgemeinen Erkrankungen, wie bei Gicht, vor. Bei jugendlichen Phthisikern, bei Strumakranken, bei Affection des Hals- und oberen Dorsalmarkes kommt Herzklopfen und Pulsbeschleunigung vor, Zustände, die wohl meistens der der Lähmung vorausgehenden Sympathicusreizung zugeschrieben werden müssen.

Brachycardie kann durch Giftwirkung vom Vagus wie von den Herzganglien aus entstehen. Durch Anaemie des Herzmuskels selbst, so bei Atherom der Kranzarterien, Aortenstenose. Als rein functionelle Störung ist sie von A. Flint beschrieben, auch Verf. beobachtete derartige Fälle.

Bei *Stenocardie,* Angina pectoris, weisen die anatomischen Befunde vorwiegend auf Erkrankung der Kranzarterien oder des Aortenursprungs hin — doch werden die verschiedensten Zustände unter diesem Namen zusammengefasst.

Was die Affection des Halssympathicus anbetrifft, so ist von Cyon und Aladoff erwiesen, dass Exstirpation der beiden unteren Halsganglien und des oberen Brustganglions Melliturie verursache. Somit gewinnen Sympathicus-Symptome bei diabetischen Menschen an Interesse. Früher ist aus des Verf.'s Klinik in Jena ein Diabetesfall beschrieben, der halbseitige Hyperhidrosis des Kopfes darbot. Hier veröffentlicht Verf. folgenden Fall: Georg D. Tagelöhner, 22 J. a., bekam plötzlich heftige Stiche in der r. Brusthälfte, hochgradige Athemnoth, Anschwellung der Füsse in der Knöchelgegend. Beim Eintritt in die Klinik zeigt Pat. phthisischen Habitus, freien rechtsseitigen Pneumothorax, Harnmenge 2750 cc mit 1036 spec. G. und 7⁰/₀ Zucker. R. Lidspalte enger als linke, rechte Pupille enger als linke. Diagnose Phthisis pulm. Pneumothorax rechts. Diab mell. Erkrankung des Halssympathicus. Aus dem Sectionsbericht heben wir hervor. Starke Füllung aller Gefässe des Hirns. Beim Einstich in die rechte Zwerchfellhälfte entleert sich Gas, 1300 cc. grünlicher Eiter, aus rechter Lunge am Unterlappen Eiter mit Luftblasen. Cavernen. Links Tuberkelherde. Drittes l. Halsganglion auffallend klein; rechter Halsstrang erheblich dicker; II. l. Ganglion nach oben hin wenig scharf begrenzt; III. Gangl. des Sympathicus rechts voll entwickelt, während links eine sehr kleine Anschwellung des Grenzstranges nach hinten die Stelle bezeichnet, wo der nerv. cardiac. magnus abgeht.

Die Hyperhidrosis steht in besonderer Beziehung zum Halssympathicus, halbseitige Hyperhidrosis des Kopfes kommt sehr häufig vor. Manche Hyperhidrosen mögen centralen Ursprungs vom Schweissnervencentrum in der medull. obl. her bedingt sein, andere von umschriebenen peripheren Einflüssen abhängen. Herzklopfen ist oft damit vergesellschaftet. Sowohl Krampf als Lähmung des Halssympathicus sind

bei der *Hemicranie* in Anspruch genommen. Die sympathico-tonischen und paralytischen Formen sind bekannt.

Als Ursache der Basedow'schen Krankheit — Tachycardia strumosa exophthalmica — erweisen sich vorwiegend heftige Gemüthseindrücke, also wird der erste Angriffspunct der cortex cerebri sein. Die Annahme eines blossen Leidens des Halssympathicus erklärt G. für überwunden; die Krankheit muss in der Nähe des Gefässnervencentrums localisirt werden. Die therapeutischen Erfolge der Galvanisation des Halssympathicus sprechen nicht gegen diese Annahme, da durch dieselbe die Circulationsverhältnisse in der Schädelhöhle selbst beeinflusst werden.

Den Schluss des Werkchens bildet eine Beschreibung der Neurasthenie, worüber wesentlich Neues nicht vorgeführt wird. Erwähnen wollen wir nur den Ausspruch C. Ludwig's, den Verf. citirt: „Die geschwächten Nerven dauernd zu stählen und die übermässig reizbaren zu beruhigen, vermag kein Gift unseres Arzneischatzes“. Als wichtigste Heilmittel für die neurasthenischen Zustände sind daher auch regelmässige Lebensweise, Zerstreuung, körperliche Arbeit und mässige Kaltwasserbehandlung anzusehen. Verschlimmernd wirkt Herumlaufen bei vielen Aerzten, medicinisches Studium in populären Werken, Einnehmen vieler starker Arzneien.

Goldstein (Aachen).

---

90) **Drasche** (Wien): Ueber diabetische Neuralgien. (Wien. med. Wochenschr. 1882. 1. 2. — Ref. von Ott in der Prag. med. W. 1882. 4.)

Obschon schon früher darauf aufmerksam gemacht worden war auf den Zusammenhang von Neuralgia ischiadica mit Diabetes und Rosenstein 1874 empfahl bei jeder schweren, besonders auf periphere Nerven beschränkten Neuralgie, den Harn auf Zucker zu untersuchen, so fehlte doch bis vor Kurzem jeder Hinweis auf das symmetrische Verhalten gewisser Neuralgien bei Diabetes. In jüngster Zeit erst hat Worms 2 derartige Fälle mitgetheilt, wo die intensiven Schmerzen parallel und gleichzeitig an denselben Punkten homologer Nerven (des ischiadischen und unteren Zahnnerven) bestanden, und durch alle gegen Neuralgien sonst gebräuchlichen Mittel nicht gebessert wurden. Dagegen ging die Besserung oder Verschlimmerung der Neuralgie mit dem niederen oder höheren Stande der Glycosurie parallel und trat die Heilung erst bei streng durchgeführtem antidiabet. Regime ein. Diese Neuralgien zählen zu den schmerzhaftesten und reiht Worms dieselben in die Kategorie der diathetischen ein, wie solche bei Gicht, Bleiintox. etc. vorkommen.

Daran anschliessend berichtet Verfasser von 2 Fällen seiner Beobachtung, bei welchen sich das gleiche Verhalten zeigte. Bei dem ersten Falle traten die Schmerzen nur im linken achten Intercostalraum, also nicht symmetrisch, blos unilateral, beinahe typisch nach den Mahlzeiten auf, während bei dem zweiten die Schmerzen an der hinteren und inneren Fläche des rechten Oberschenkels bis zur Kniekehle und Wade sich erstreckten und 14 Tage später in der rechten oberen Extremität,

endlich auch in den linken Extremitäten sich einstellten. Beide Fälle betrafen Lebemänner im Alter von 64 Jahren. Bei beiden balancirten die Schmerzen mit dem niedrigeren und höheren Zuckergehalt des Urins.

Verf. glaubt daraus schliessen zu sollen, dass bei Diabetes Neuralgien vorkommen, welche ihren Ursprung nur in der toxischen Einwirkung des Zuckers auf die peripheren Nerven haben. Diese Neuralgien sind weit häufiger symmetrisch, als unilateral und kommen bei höherem, wie bei niedrigerem Zuckergehalt des Harns vor; sie sind meist äusserst schmerzhaft, bessern und verschlimmern sich mit dem Stande der Glycosurie und weichen nur auf eine entsprechende Regelung der Diät. Jede hartnäckige, langdauernde, den gewöhnlichen Mitteln nicht weichende Neuralgie ist der diabetischen Natur verdächtig und nach genannter Richtung zu untersuchen.

---

91) **D. B. Simmons:** The Beriberi or the Kakke of Japan. (China imperial maritime customs Schanghei 1881. Archives de Neurologie. 5.)

Die Berberi wird häufig auch auf Japan in den Küsten-Städten und Niederungen der südlichen Theile der Insel angetroffen. Die japanesischen Aerzte nennen sie Kakke. Sie erscheint in 2 Formen; die eine ist characterisirt durch das Auftreten von Anasarca und Oedemen (beriberi hydropica) die andere durch Amyotrophien (beriberi atrophica.)

Das klinische Bild beider ist zusammengesetzt aus Prostrationen, Praecordial-Angst, Herzpalpitationen, verschiedenen cutanen und musculären Sensibilitäts- und mannigfachen Motilitätsstörungen. Meist setzt die Krankheit ein mit inselförmig auftretenden Anästhesien; Die Praedilectionsstellen derselben sind: vordere und äussere Fläche des Unterschenkels, Endphalangen der Finger und die Umgebung des Mundes.

Die motorische Lähmung befällt mit Vorliebe die unter den anästhetischen Stellen befindlichen Muskeln; am häufigsten begegnet man der Peroneus-Lähmung. Bei der erstgenannten Form treten allmählig Anasarca an den Beinen auf; es kommt später zu allgemeinem hydrops, und ist besonders das Gesicht stark livid-ödematös. Puls und Temperatur sind gewöhnlich normal. Bei der ödematösen Form ist die Arterienspannung deutlich herabgesetzt, bei der atrophischen erhöht.

Die Berberi tritt in Japan nicht acut, sondern meist subacut auf. Stets geht ein kürzeres oder längeres Prodromal-Stadium, bestehend in Abgeschlagenheit, allgemeiner Abspannung und Schwere der unteren Extremitäten, dem Ausbruch der characteristischen Symptome voraus. Nicht immer kommt es zur vollen Entwicklung des klassischen Krankheitsbildes, häufig verläuft der Process abortiv. Am gefährlichsten ist die hydropische Form, da unter Zunahme und allgemeiner Ausbreitung des Oedemes, gewöhnlich unter Lungenödem rapid der Tod eintritt.

Die Therapie erweist sich ohnmächtig gegen diese Form; hingegen lässt die andere Form, bei der der Turpor eine rapide Abnahme erfährt eine günstige Prognose quoad vitam et restitutionem zu. Die Mortalität ist demnach eine höchst variable, sie schwankt zwischen 5—65%.

Die anatomische Grundlage der Krankheit ist bis heute noch unbekannt. Die bis jetzt gefundenen Läsionen im Nervensystem sind zu variabel, als dass sie als etwas anderes, denn zufällige Befunde angesprochen werden könnten. Aetiologisch nimmt Verf. ein specifisches Miasma an, das sich besonders während des Sommers, namentlich gern in regenreichen Jahren an der Küste, zuweilen auch in den Niederungen im Innern des Landes entwickelt; während des Winters ist diese Entwicklung sistirt und erklärt sich dadurch, dass während desselben keine neuen Krankheitsfälle auftreten. Dass nicht alle Bewohner der mit dem specifischen Miasma geschwängerten Bezirke erkranken zeigt, dass noch eine individuelle Prädisposition zur Ansteckung nothwendig ist. Eingeborne, wenn sie aus dem Innern des Landes an die Küste kommen, sowie überhaupt nicht Acclimatisirte erkranken sehr leicht. Europäer scheinen vor der Beriberi gefeit zu sein oder werden wenigstens nur ganz ausnahmsweise davon befallen. In Jokohama z. B. ist noch kein Europäer an Beriberi erkrankt. Das Alter vom 20.—30. Lebersjahre scheint besonders zur Infection zu disponiren; Greise wie Kinder besitzen eine auffällige Immunität.

Sitzende Lebensweise, sowie Aufenthalt in schlecht ventilirten Räumen prädisponiren ebenfalls. In den gut ventilirten, geräumigen Gefängnissen Japans ist die Beriberi ein seltener Gast.

Therapeutisch steht obenan der Wechsel des Aufenthaltes, „change of the country,“ sonst roborirendes symptomatisches Verfahren.

Müller (Graz).

---

92) **Wright:** The quality of mental operations debased by the use of alcohol. Certain depraved mental states analyzed. (The Alienist etc. II.)

W. knüpft an einen Fall an, in dem ein wegen Meineid Angeklagter nach dem Gutachten eines Sachverständigen sich zur Zeit, über die er seine Aussage gemacht, in einem Zustande von Trunkenheit und damit verbundener Bewusstseinsstörung befunden habe. Das andere Gutachten hielt einen solchen Zustand für unmöglich, da der Betreffende damals, „nicht hülflos stupid gewesen sei und also wissen müsse, was ihm begegnet“.

W. hebt dagegen hervor, dass es Personen gibt, die nach Genuss von Alcoholicis bei einem kaum bemerkbaren Grad von Benommenheit oder Hülflosigkeit in einen neuropatischen Zustand verfallen, während dessen sie scheinbar mit Zweckmässigkeit und vollkommener Urtheilsfähigkeit handeln, ohne nachher zu wissen, was mit ihnen und um sie geschehen ist. Sechs mitgetheilte Fälle beweisen das aufs Schlagendste. Diese Erscheinung ist nach W. als Ausdruck einer neuropathischen Disposition anzusehen, die ererbt oder durch ein Trauma, Intoxication oder Krankheit erworben ist; diese Disposition ist als solche oder als anderer neuropathischer Zustand vererbbar. Auch bei ein und demselben Individuum kann sich diese Disposition bald in jener bald in anderer Form neurotischer Störung äussern.

Endlich führt W. aus, dass der Zustand, wie ihn eine vollkommene Intoxication mit sich bringt, einer wahren Neurose entspricht,

die physischerseits durch Sensibilitäts- und Motilitätsstörung, psychischerseits hauptsächlich durch moralische und allgemeine geistige Schwäche characterisirt ist. Waehner (Creuzburg.)

---

93) **Crothers;** What shall we do with the inebriate? (The Alienist and Neurologist. II. pag. 166.)

Cr. polemisirt zunächst gegen die noch immer geläufige Ansicht, dass die Trunksucht ein Laster sei. Er constatirt, dass sie eine physische Störung mit bestimmter Ursache, Entwicklung und bestimmtem Verlauf ist, und sucht das Letztere durch Gegenüberstellung von Fällen in den einzelnen Stadien darzuthun. — Für die Aetiologie spielt die Sucht nach Alcoholicis eine Rolle als primäre Ursache und als Symptom. Der Alcohol hat dabei nach Art seiner Bereitung und nach seiner Zusammensetzung verschiedene toxische Wirkungen.

Cr. theilt die Trunksüchtigen in drei Klassen, die bei ihrer Behandlung verschiedene Methoden und Mittel erfordern. Zur ersten, der zugleich die meisten Säufer angehören, rechnet er diejenigen, welche erblich belastet sind und einen geistigen Defect zeigen; durch einen jahrelangen Aufenthalt in einer Anstalt ist die Heilung gewöhnlich gesichert. In der Anstalt selbst sind sie unruhig, unzuverlässig und geneigt, in ihrer Umgebung Unzufriedenheit und Insubordination zu verbreiten. Der zweiten Klasse gehören jene weniger häufigen Fälle an, in denen der Kranke bei mehr weniger deutlichen erblichen Belastung ein Opfer der Verhältnisse und Gelegenheitsursachen geworden ist; es bestehen Allgemeinstörungen, wie Erschöpfung, Anämie, Herzfehler und dergl., Traumata, die Hirn oder Rückenmark treffen, geben die Gelegenheitsursache ab. Der Kranke gewöhnt sich allmählig an den Gebrauch von Alcohol, wird erst chronischer, dann meist Quartal-Säufer. Bei diesen Kranken ist die Hauptaufgabe eine absolute Entziehung des Alcohols, wie sie nur in einer Anstalt möglich ist. Später ist eine roborirende Diät und Fernhaltung jeglicher Ueberanstrengung am Platze. — Die dritte Klasse endlich umfasst jene Fälle, in denen der Kranke, oft ein geistig stark thätiger oder gar genialer Mann, meist nach einer Gelegenheitsursache, chronisch trinkt, um dann eben so plötzlich für längere Zeit jeden Alcohol zu meiden; nach längerer Pause trinkt der Kranke wieder bis zur Erschöpfung. Abweichend von der vorigen Klasse zeigen beide Stadien hier einen mehr bestimmten Verlauf. Ausserdem stellen sich bei diesen Fällen in ihrem Endstadium leicht Sinnestäuschungen und Vorstellungen der Beeinträchtigung ein. Die Behandlung erfordert auch hier absolute Abstinenz jeden Alcohols und jeder geistigen Anstrengung.

Um der Verbreitung der Trunksucht wirksam entgegenzutreten, bedarf es passender allgemeiner Massregeln, vor Allem Bestimmungen über Zulässigkeit des Alcohols im freien Verkauf. Bei erblich belasteten Personen ist eine Regelung der Lebensweise von Jugend auf und absolute Abstinenz des Alcohols Hauptsache.

Waehner (Creuzburg).

---

94) **Dimon:** Twenty-first annual report of the asylum for insane criminals, Auburn. (Americ. Journ. of insanity. XXXVII. pag. 467.)

In dem Asyl für geisteskranke Verbrecher zu Auburn (New-York) fand sich am Ende des letzten Jahres (1879) ein Bestand von 135 Kranken; neu aufgenommen wurden 45, im Ganzen verpflegt also 180. Davon wurden entlassen: geheilt 14, gebessert 2, ungebessert 3, nicht krank 8; es starben 4. Demnach blieb Ende des Jahres 1880 Bestand von 149 Kranken.

Die Aufnahmen vertheilten sich auf drei Gefängnisse, dass etwa $^{8}/_{10}$% der Sträflinge jedes derselben als geisteskrank erkannt wurden.

D. glaubt, dass die Verzweiflung angesichts einer bevorstehenden langen Freiheitsberaubung und die Furcht, vor Ablauf der Strafzeit zu sterben, direkt zur Entwicklung von Geisteskrankheiten in Gefängnissen führen können, um so mehr als eine „verbrecherische Diathese“, vielleicht noch Alkoholismus und Syphilis vorher bestand.

Waehner (Creuzburg.)

---

95) **Gray:** Asylums for insane criminals. (Americ. Journ. of insanity XXXVII. pag. 473.)

Verf. nennt es geradezu unglaublich, dass noch fast in allen Staaten der Union bisher die Nothwendigkeit der Einrichtung von Anstalten für geisteskranke Verbrecher, wie sie in New-York (Auburn) und in England bestehen, übersehen ist. Man könne den verderblichen und demoralisirenden Einfluss kaum überschätzen, den das gezwungene stete und enge Zusammensein mit Sträflingen und dem Auswurf der Gesellschaft auf Kranke ausüben muss, die schon durch ihr Leiden unglücklich genug sind.

Verf. hält die Bestimmungen, welche für die Anstalt dieser Art zu Auburn gelten, für allgemein empfehlenswerth. Darnach sollen der Anstalt nicht nur im Gefängnisse Erkrankte überwiesen werden, sondern auch solche, bei denen sich die Geisteskrankheit vor der Verurtheilung herausgestellt hat, und solche, die eben wegen ihrer Geisteskrankheit freigesprochen sind. Beispielsweise befinden sich in der Anstalt zu Bradmoor in England 478 Kranke (370 m. und 108 w.) von denen 41 vor der Untersuchung, 113 bei der Untersuchung als geistes krank erkannt, 244 wegen Geisteskrankheit freigesprochen und 80 während der Strafzeit geisteskrank wurden. Es bestanden hier ganz ähnliche Bestimmungen wie zu New-York.

Waehner (Creuzburg.)

---

96) **König** (Göttingen): Geistesstörungen bei Jodoformintoxication nach äusserer Anwendung desselben. (Centrbl. für Chirurgie 1882, Nr. 7.)

Der Verf. veröffentlicht hier eine Reihe von Fällen, die er theils selbst beobachtet hat, die ihm theils von andern Beobachtern mitgetheilt worden sind, bei denen nach Wundbehandlung mit Jodoform Geistesstörungen aufgetreten sind. Er theilt die Fälle in 4 Gruppen ein:

I. Leichte Intoxicationen.

Es sind 15 Fälle, wir begnügen uns aber hier mit der Reproduction von 4 Fällen.

1) M., 18 Jahre. In einen tuberculösen Abscess oberhalb des Kniegelenks wird nach der Eröffnung etwa 1 g. Jodoform gestreut. Einige Tage nachher tritt ein Anfall von Delirium nervosum ein. Der Kranke *verlässt das Bett und zeigt Symptome von Verfolgungswahn.* Dieser Anfall dauert nur kurze Zeit, einige Stunden darauf war Pat. noch verwirrt, als wenn er aus tiefem Schlaf plötzlich erwachte. Trotzdem dass in der Folge wiederhohlt Jodoform $^1/_2$—1 g eingestreut wurde, wiederholten sich die Anfälle nicht.

2) 47jährige Dame mit Carc. mammae. Amputation derselben. Zunächst typischer Listerverband, dann eine nicht genähte Partie mehrfach mit Jodoform verrieben, auch Jodoform in die Drainlöcher geschüttet und mit Jodoformgaze verbunden. Nach 14 Tagen etwa tritt plötzlich bei der sonst sehr vergnügten Dame ohne Grund heftige Verstimmtheit und Weinerlichkeit auf. Gleichzeitig hat sie Sinnestäuschungen, Bilder und Stühle gerathen in tanzende Bewegung. Nach etwa 6 Tagen verschwinden diese Erscheinungen wieder.

3) 32jährige Frau. Auskratzung und Spaltung von Fisteln, welche zu kariöser Stelle am Darmbein führten. Ausfüllung mit Jodoform. Der erste Verband liegt 8 Tage. *In der Nacht* nach dem 6. Tage *springt Pat.* plötzlich aus dem Bett, *in der Absicht zu entfliehen und sich ins Wasser zu stürzen.* Dem Transport in das Bett setzt sie entschiedenen Widerstand entgegen. Noch mehrere Tage bleibt ein mürrisches Wesen, Pat. gab verkehrte Antworten. Allmählich beruhigt sie sich wieder und bekommt auch keine Zufälle mehr, trotzdem sie mit Jodoform weiter behandelt wurde.

4) Bei einem 51jährigen Mann ist noch eine kleine Höhle mit stinkendem Sekret von einer Empyemoperation übrig geblieben. Es werden alle 3 Tage 6 cm. lange Stäbchen (1:3 Galatine) von Jodoform eingeführt. Pat. hat grossen Widerwillen dagegen, Alles riecht und schmeckt ihm nach Jodoform, er verliert den Appetit, hat eingenommenen Kopf. Lokale Wirkungen des Mittels ausgezeichnet. Nach etwa 4maliger Einführung der Stäbchen ungleiche Stimmung, bald Weinen, bald Heiterkeit. *In der folgenden Nacht Tobsuchtsanfall mit Verfolgungswahnideen;* Pat. springt aus dem Bett, behauptet man wolle ihn tödten, verwechselt bekannte Menschen. Am Tage weinerlich, ohne Erinnerung an die Nacht, Verwechseln der Worte etc. Das Jodoform wird entfernt, in 2—3 Tagen geht die Störung zurück.

II. Schwere Intoxicationen.

Es sind 6 Fälle, wir referiren aber nur 4 Fälle.

5) 71jähriger Mann. Galvanokaustische Amputation des Penis. Jedesmalige Bestreuung des Schorfes und später (8 Tage) nach Abstossung des Schorfes der Wunde, sobald Pat. Urin gelassen hatte. Plötzlich *in der 12. Nacht tobt der Kranke,* springt aus dem Bett, lässt sich nur mit Mühe zurückbringen. Am Tage ruhig aber *weinerlich* von Todesgedanken geplagt. *Nahrungsverweigerung.* Nachts wieder unruhig, am Tage wieder weinerlich wie vorher. Nachdem das Jodoform ausgesetzt war verloren sich allmählich alle Erscheinungen innerhalb 4—5 Tagen.

6) Exstirpat. rect. bei einer 58jährigen Frau. Starke Blutung. Es wird wenig Jodoform in die Wundhöhle eingerieben, drainirt etc. Die Frau hatte sich zunächst gut erholt, dann traten seit dem Abend des zweiten Tages eigenthüm-

lich physische Störungen ein, welche etwa 3 Wochen andauerten. Sie ist, zumal Nachts, sehr unruhig, spricht unaufhörlich und hat besonders Freude an dem Wiederholen klingender Worte und Töne. Angerufen giebt sie zunächst noch Antwort. Offenbar hat sie auch mannigfache Hallucinationen, und allmählich verschwindet das Bewusstsein ganz, sie erkennt die Umgebung nicht mehr. Diese Zustände wechseln; in der zweiten Woche ist sie zwischendurch wieder ganz verständig. Morph. und Opium wirken nicht sicher. Dabei eitert die Wunde, doch ist der Zustand kein schlechter, Fieber sehr gering. Während der Dauer dieser Erkrankung war der Puls mässig frequent gewesen, als sie vorüber war und die Pat. wieder ganz bei sich, *wurde er zunächst sehr frequent, dann sehr klein, aussetzend.* Nach Digitalis gingen diese sehr bedrohlichen Herzerscheinungen etwa in 8 Tagen zurück. (Schluss folgt.)

II. Verschiedene Mittheilungen.

97) Aus Paris. Der Kammerausschuss für die *Ehescheidung* hat beschlossen, den Wahnsinn *nicht* als Grund für die Lösung einer Ehe in seinen Entwurf aufzunehmen. Magnan und Charcot haben ihre Gutachten in diesem Sinne abgegeben; Legrand du Saulle war dagegen.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Ueckermünde (Pommern), Assistenzarzt, sofort, 1200 Mark, freie Station. 2) Feldhof bei Graz (Steyermark, Director, 2400 fl. ö. W., 240 fl. Theuerungszuschuss, freie Wohnung etc. Meldung an den Steyermärkischen Landesausschuss in Graz. 3) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis. Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 4) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 5) Schwetz, Volontairarzt,. 6) Stephansfeld (Elsass). III. Assistenzarzt, 1. März, 900 M., fr. Stat. 7) Osnabrück, II. Assistenz-Arzt, 1. März, 900 M. fr. Station. 8) Blankenhain (bei Weimar), Assistenzarzt, Ostern, 600— 900 M., fr. Station. 9) Die Kreisphysicate: Daun (Trier) Deutsch-Krone (Marienwerder), Eisleben (Merseburg), Grottkau (Oppeln), Lyk (Gumbinnen), Militsch (Breslau), Neisse (Oppeln).

Besetzte Stellen. Kreisphysicat Bolkenhain durch Herrn Dr. Braun aus Trier. Kreisphysicat Dannenberg durch Herrn San.-Rath Dr. Strube in Lüchow. Sachsenberg 2. Assistenzarzt, Herr Dr. E. Koch aus Magdeburg.

Berichtigung.

In dem Referat über die von Herrn Moeli letzthin demonstrirte Modification des Kurbelrheostaten habe ich irrthümlich von Löchern in den Metallblöcken gesprochen, in welche ein an dem Hülfsdraht befindlicher Stöpsel gesteckt werde, wogegen Herr Moeli thatsächlich ganz einfach nur einen kleinen Metallknopf auf die Rheostatblöcke aufzusetzen brauchte. Sodann legte Herr Moeli bei der Besprechung des Werthes seiner Modification das Hauptgewicht darauf, dass es sich bei derselben um die Möglichkeit handele, Stromschwankungen von bestimmter Intensität *zu Untersuchungszwecken* zu verwenden, und dass diese in seltenen Fällen anwendbare Methode, für welche Brenner den Stöpselrheostaten als nothwendig erachte, vermittelst des Hülfsdrahtes auf die eben angegebene Weise ebenso gut mit dem Kurbelrheostaten ausgeführt werden könne.

Reinhard (Dalldorf).

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig,
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. **15. März 1882.** **Nro. 6.**

INHALT.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das II. Quartal 1882 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Certralblattes keine Störung eintrete.

I. Referate.

98) **Arthur Irsai** (Budapest): Ueber den Einfluss des Nervensystems auf die path. Veränderungen der Haut. (Vortrag gehalten im königl. Vereine der Aerzte in Budapest am 4. Febr. 1882.)

Verf. experimentirte an Hunden um den causalen Zusammenhang zwischen den Veränderungen des Nervensystems und der Hauterkrankung zu ermitteln. Seine Versuche stellte er theils durch Verletzung des Rückenmarks, theils durch Injection von entzündungserregenden Substanzen ins Mark an. Seine positiven Resultate sind folgende: I.) Nach einseitigen traumatischen Verletzungen des Rückenmarks entstehen wohl unmittelbar Lähmungen, aber Hautkrankheiten treten nicht auf. II.) Einige Tage nach der Verletzung, wenn schon Entzündung eintrat, entstehen an der Seite des Traumas Herpes - Eruptionen. III.) Diese verschwinden nach kurzer Dauer. IV.) Gleichzeitig mit diesem Hautausschlage und an denselben Regionen tritt eine Sclerosirung der Haut ein. V.) Im verletzten Marke war 6—10 Wochen nach erfolgter Läsion das Bild der Sclerose zu sehen und über der lädirten Stelle entstand an der Seite der Verletzung im Vorderhorne Fettbildung.

Nach Verf. sind die medianen Theile der Vorderstränge und die Hinterstränge — welche in einem Falle intact blieben — auf das Zustandekommen von Hautkrankheiten von keinem Einfluss, aber jedenfalls muss eine diffuse, die Vorderhörner afficirende Erkrankung vorhanden sein, um ausser anderen noch unbekannten Factoren, nutritive Dermatosen hervorzubringen.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

99) **Ferdinand Klug** (Klausenburg): Untersuchungen an Froschherzen, deren N. vagus in Folge der Durchschneidung degenerirte. (Vortrag in der ärztlichen Fachsitzung der naturwissenschaftlichen Gesellschaft in Klausenburg im Dezember 1881.)

Nach Untersuchungen an mit 2% Aether narcotisirten Fröschen denen die Rami cutanei des N. vagus an ihrer Austrittsstelle aus dem r. intestinalis durchschnitten worden, fand Verf. bei der nach 8 Wochen unternommenen histolog. Analyse die Nervenzellen unter den vollständig degenerirten Fasern *intact.*

Die Reizung des Nerv. vagus blieb acht Wochen nach der Operation erfolglos, oder hatte eine beschleunigende Wirkung auf's Herz, jedenfalls *verschwand die Hemmungswirkung der Vagusreizung*, folglich ist anzunehmen, dass beim Frosch der Vagus Fasern enthält, die beschleunigend auf die Herzthätigkeit wirken. Der Ursprung dieser Fasern ist inmitten der Nervenzellen, welche zwischen den degenerirten Fasern sich befinden; auch die intracordial gelegenen Nervenzellen beschleunigen die motorische Herzfunction. Daher ist nach Verf. der hemmende Einfluss des Vagus bloss das Resultat jener Hemmungswirkung, welche in Folge der Reizung solcher Fasern des

Vagus entsteht, die aus dem Centralnervensystem ihren Ursprung nehmen, nicht aber in der peripheren Abzweigung desselben abgegeben werden. Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

100) **Gustav Scheuthauer** (Budapest): Ueber das Neurom. (Orvosi Hetilap. Nro. 49. 1881.)

Nach Verf. entsteht diese zumeist aus neu sich entwickelnder Nervensubstanz bestehende Geschwulst in den weniger thermischen und mechanischen Noxen ausgesetzten Nerven. Sie sind grösser als die Tubercula dolorosa und enthalten wenige sensitive Fasern.

Die Wood'schen *pain-ful tubercles* werden falsch Neuromatien genannt, da sie zumeist aus amyelinen Fasern bestehen.

Das peripher auftretende neuroma plexiforme oder cirsoideum ist meist congenital und ist mit Elephantiasis mollis combinirt; auch bei der acquirirten Elephant. des Präputium's kommt es vor.

Die multiplen Neurome, deren Anzahl auch bis 1000 sich erstrecken kann, gehören zumeist dem Sympathicus an, sind gewöhnlich hereditär, bei Cretinismus öfter beobachtet selten acquirirt. Bei Idioten ist im Allgemeinen eine Volumszunahme der Nerven häufig; diese kann sich partiell zu Neuromen steigern. Es gibt cicatricielle, Amputations-Neurome in Folge Neu-Entwicklung der mechanisch getrennten Nervenbestandtheile. Partielle interstitielle Neuritiden sind nicht mit ihnen zu verwechseln, da selbe nach Aufhören des producirenden Reizes alsbald verschwinden.

Die Amputations- . *Stumpf-Neurome* befinden sich oft um ein paar Linien höher als die Schnittfläche; bei Gefässarmuth sind sie schmerzlos, im entgegengesetzten Falle wahre Kalender.

Bei den in der Continuität des Nerven sich entwickelnden Neuromen hängt deren Empfindlichkeit so wie auch die durch sie veranlassten epilept. Insulte, Paresen nicht so von ihrer Grösse als von dem topischen Verhalten ab.

Die Neurome der Cauda equina sind ungefährlich; jene, die in höheren Spinalwurzeln sitzen, können infauste Consequenzen nach sich ziehen, als Paralysen, auch tabische Symptome. Sie können sich aus dem Wirbelkanal herausdrängen und an der Wirbelsäule randständige grosse Tumoren bilden.

Am N. opticus, olfactorius und acusticus werden sie schon angetroffen. Das fibrilläre Neurom ist meist peripherisch, benigner Natur. Das celluläre Neurom kommt am häufigsten in den Seitenventrikeln, und im Centrum semiovale vor: ahmt die Gyri nach oder kann auch als schichtenreichere Rinde eine Hyperplasie bilden bis zur congenit. Encephalocele entarten und an Knochenlücken durchbrechen.

Abgesehen von den teratoiden Geschwülsten der Testiculi und Ovarien kommen an den peripheren Nerven, wie auch an manchen Hirn-Nerv. accessorius Willisii- und Spinalnerven ganglionäre Hyperplasien vor, die als Celullar-Neurome zu batrachten sind.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

101) **C. Ritter** (Bremervörde): Das Auge eines Acranius histologisch untersucht. (Arch. f. Augenheilk. XI. II. p. 215.)

Der Acranius war als 7 monatliches Kind, weiblich, geboren. Das Kind ritt auf dem sehr kurzen Nabelstrang und glaubt Verf. in dieser Abnormität das Causalmoment für die Entstehung dieser Missgeburt zu finden. Alle Weichtheile und Knochen waren in einer Linie vom dritten Halswirbel bis vorn zur Stirn grade über der Schädelbasis durchschnitten und die Schnittfläche mit einer blutig infiltrirten, straffen Narbenmasse bedeckt. Die noch vorhandenen Weichtheile und Knochen, die verkrüppelten Ohren, die Reste der Stirnbeine und der Felsenbeine erschienen nach dem Mittelpunkt des Schädelgrundes zusammengedrängt. Ueber dem Stirnbein fand sich ein kleiner Wulst normalgebildeter Haut. An der Basis seiner hintern Wand lag ein kleiner, offner Sack, der nach vorn geschlossen war. Es war dies der Rest des Durasackes. Von Hirnresten oder Nerven fand sich in dem straffen Fasergewebe keine Spur. Die Optici zeigten sich als dünne Stränge mit nur wenig Nervenfasern, während die äussere Form des Bulbus völlig wohlgebildet, die einzelne Theile desselben sich auch mikroskopisch als vollkommen normal erwiesen. Selbst in der Retina fand sich jede Schicht völlig angelegt, die Papille normal gebildet, nur die Nervenfaserschicht zeigte eine rarificirte Entwicklung der Nervenzellen.

Ist also die Anlage des Auges in den ersten beiden Monaten der Fötalperiode vollendet, so schreitet die Bildung des Auges unabhängig vom Gehirn fort mit Ausnahme der Opticusfasern der Retina.

Nieden (Bochum).

---

102) **L. Jany** (Breslau): Fall von rechtseitiger Hemianopsie und Neuroretinitis in Folge eines Gliosarcoms im linken Occipitallappen. (Arch. für Augenheilk. XI. II. p. 190.)

Patientin 21 Jahre alt, früher ganz gesund und aus gesunder Familie stammend, erkrankte plötzlich an Kopfschmerzen und Erbrechen. Erstere hatten hauptsächlich im linken Hinterkopf ihren Sitz, es gesellte sich dazu ungeheure Schlafsucht, weinerliche Stimmung und so starker Schwindel, dass Patientin oft nur durch Festhalten an einen Gegenstand sich vor Fallen schützen konnte. Vorübergehende Sprachstörung. Nach 5 Monaten war das Sehvermögen des *linken* Auges schon auf Fingerzählen in 8″ Entfernung reducirt, während es *rechts* noch $^1/_6$ des Normalen betrug. Die Gesichtsfelder ergaben beiderseits ein bis an resp. über die Medianlinie gehenden Defect der rechten Hälfte. Der Augenspiegel zeigte doppeltseitige Stauungspapille mit Uebergang in das atrophische Stadium. Perkussion des Schädels ergab nirgends eine schmerzhafte Empfindung, Motilitätsstörungen waren weder an den Augen noch an übrigen Körpertheilen nachweisbar. Nur die *rechte* Gesichtshälfte zeigte auf tactile wie thermische Reize an einzelnen Stellen Stumpfheit der Empfindung. Psychische Störungen konnten nicht constatirt werden, ebensowenig ein Symptom

von syph. Infection (P. hatte einmal unehlich geboren). Die Diagnose wurde bei dem Mangel aller motorischen Lähmungen, sowie solcher der an der Gehirnbasis in der Nähe des tractus sin. verlaufenden Hirnnerven, auf eine Affection der Hirnrinde des Occipitallappens der linken Seite als der Stelle des Sehcentrums gestellt. Nach c. 1monatlicher Behandlung trat Exacerbation der Cerebralerscheinungen auf und unter heftigen Convulsionen der Tod ein. Die Section ergab: die Dura haftet an einer Stelle am linken Hinterhauptlappen an, die zugleich in Form einer c. 3 Cm. i. D. haltenden, fast halbkugeligen Vorwölbung über das Niveau der Umgebung hervorragt. Die Schädeldecke zeigt an dieser Stelle eine tiefe Impression. Furchen der Grosshirnhälfte sind abgeflacht und verstrichen. Nach Entleerung einiger Unzen klarer gelblicher Flüssigkeit sinkt der hintere Theil des Scheitel- resp. des Hinterhauptlappens beträchtlich ein. Die Einsenkung reicht nach vorn bis zur hinteren Centralwindung. Auch an der Basis macht sich diese Einsenkung bemerkbar. Die Geschwulst wird nach vorn begrenzt von dem Sulcus parieto-occipit., ist von röthlich-gelber Farbe, glatter Oberfläche und weicher Consistenz. Die Einsenkung zeigt sich als durch Bildung einer intracerebralen Cyste bedingt, die sich an der Spitze des hinteren Lappens bis in die Nähe des absteigenden Hornes erstreckt und c. 4—5 Ctm. von der Centralfurche entfernt bleibt. Zusammenhang mit dem Ventrikel ist nicht erkennbar, ebensowenig mit dem Plexus. Die Geschwulst ist ungefähr 2 Ctm. dick, weich, blassröthlich und zeigt vielfach gelbe Einlagerungen. Circa in der Mitte derselben lagert ein haselnussgrosser dunkelrother, weicher Knoten, der sich in eine Menge stark gefüllter Gefässzotten auflöst. Die Neubildung geht ohne bestimmte Grenze in die Gehirnsubstanz über. Weiterere Herderkrankungen sind nirgendwo aufzuweisen. Der mikroskop. Structur nach war dieselbe ein Gliosarkom.

N i e d e n (Bochum).

---

103) **W. Hack** (Freiburg): Ueber respiratorischen und phonischen Stimmritzenkrampf. (Wiener med. Wochenschr. Nro. 2. ff. 1882. Sepr-Abdr.).

H. erzählt verschiedene Fälle von Krämpfen der Glottismuskeln, welche nach verschiedenen Richtungen auch für den Neurologen interessant sind.

Im 1. Falle handelte es sich um eine luetische puella p., bei welcher eine ac. Laryngitis mit Parese der Thyreo-arytaen. int. und des Transversus eben abgeheilt war. Sie sprang des Nachts plötzlich röchelnd auf, griff nach dem Halse und fiel um. Vf. fand laryngoskopisch, dass die processus vocales in der Mittellinie gewaltsam fest auf einander gepresst waren, vor und hinter ihnen war die Glottis spaltförmig geöffnet, also offenbar spasmus der crico-arytaen. later. Mit kräftigem Drucke führte Vf. ein Hartkautschukbougie in die Glottis ein, mit raschem günstigen Erfolg. Einem 2. Anfall wurde durch Bougirung vorgebeugt. Pat. blieb dann gesund. Vf. urgirt den therapeut. Erfolg und die Vortheile der Bougirung vor der Tracheotomie.

Ein 80jähr. Mann litt seit 25 J. an Anfällen äusserster Athemnoth und Erstickungsangst. Vf. fand im sinus pyrif. sin. eine linsengrosse geröthete Stelle, sonst nichts. Die Untersuchung rief den Anfall hervor, Druck auf die Vagi coupirte ihn. Beblasen der gerötheten Stelle mit Alaun beseitigte die Anfälle für immer. Die Therapie wurde fortgesetzt und die geröthete Stelle verschwand. Vf. vermuthet für die meisten Fälle von Laryngismus einen reflectorischen Ursprung und glaubt, dass nicht selten die Reizung der Nasenschleimhaut Ursache werde.

Ein kräftiger „Ausrufer“ mit Stentorstimme fühlte eines Tages nach 2stündigem Rufen einen zusammenschnürenden Schmerz in der Kehle, so dass er nur noch mit Anstrengung fistuliren konnte. Der Anfall kehrte immer öfter wieder, Pat. war nicht mehr im Stande ein deutliches Wort zu rufen. Die Umgangssprache war normal, bald aber wurde das Sprechen überhaupt unmöglich, *sobald sich Pat. unter freiem Himmel befand.* Die Untersuchung ergab nichts Besonderes. Pat. gab sein Amt nicht auf, sondern kämpfte gegen das Uebel. Dasselbe aber steigerte sich allmählich. Es zeigte sich hier das Symptom krankhafter Furcht, Phonophobie sagt der Vf.

Ein wegen seines lauten Kommandos bekannter Sergeant verlor bei einem Katarrh seine Stimme. Die Untersuchung ergab unbedeut. katarrh. Veränderungen, beim Versuch zu phoniren legten sich die Stimmbänder in normaler Weise an einander, aber ihre Vibrationen fehlten, bei stärkerer Anstrengung legte sich kurze Zeit das r. Stimmband über das l. Trotz energischster Anstrengung konnte der Pat. nichts mehr als wie ein „i“ herauspressen. Im Schlaf und in der Narkose war die Stimme laut und klangvoll, es trat also die Aphonie nur bei bewusster Innervation auf. Pat. blieb ungeheilt. Da Simulation ausgeschlossen werden konnte, nimmt Vf. einen Krampf der Thyreo-arytaenoidei interni an, deren Anspannung die Stimmbänder mit einer für das Ohr zu hohen Schwingungszahl schwingen lies.

Möbius (Leipzig).

---

104) **Andreas Högyes** (Klausenburg): Ueber die wahre Ursache des Schwindels bei Drucksteigerung im Cavum tympani. (Orvosi Hetilap Nro. 1. 1882.)

Verf. behauptet auf Grund entscheidender Experimente, dass sowohl durch artificielle Bewegungen der Perilymphe, als durch mechanische Berührung des membranösen Labyrinthes nebst dem bilateralen Nystagmus, eine eigenthümliche Kopfdrehung entsteht. Alle compensatorischen Augen- und Kopfbewegungen hängen von dem Intactsein jener Mittelhirn- und Medulla oblong. Theile ab, welche als Centrum des Associations-Mechanismus der Augenbewegungen zwischen den Kernen des Nerv. acust. et oculomot. liegen, und dessen centripetale Bahnen die beiden N. acustici und membranösen Labyrinthe sind. Alle Schwindel-Symptome, die durch Drucksteigerung in der Paukenhöhle entstehen, finden ihre Erklärung in einer Reizung des utriculus, der Bogengänge und ihrer Ampullen, welche auch Nystagmus- und andere Zwangsbewegungen verursacht.

Verf. wendet sich gegen Lucae und Baginsky die diese Bedeutung der Bogengänge negiren und den Schwindel auf Fortpflanzung der Druckschwankungen des Cav. Tympani, auf den Liq. cerebr.-spinal. beziehen, trotzdem dass nach directen Versuchen des Verf. als sicher zu betrachten ist, dass durch künstliche Erschütterungs-Oscillationen dieser Flüssigkeit weder Nystagmus noch Kopfdrehungen zu erzielen sind. Verf. hält den entstandenen Vertigo für keinen optischen, sondern rein auriculären, welcher durch Reizung des N. acusticus ausgelöst wird.

Wenn Verf. einzelne Theile des membranösen Labyrinthes entfernte, entstanden wohl während der Operation heftige Augenbewegungen und Deviationen, welche aber bei Vollendung der Exstirpation aufhören; Auge, Kopf und der Körper kehren von ihren Zwangsbewegungen zurück; das Gleichgewicht in der Muskulatur wird wieder hergestellt und an solchen Thieren kann man später durch gar keine Drehung Schwindelerscheinungen produciren, wie man immer den Druck in der Paukenhöhle erhöhe.

Ob man mit Goltz die semicirculären Canäle als Sinnesorgane für das Gleichgewicht, oder mit Cyon für den Raumsinn auffassen mag oder nicht, so viel ist absolut gewiss, dass zwischen den vestibulären Endigungen des Nervus acusticus und gewissen Muskel-Gruppen eine engere Verbindung constatirbar ist.

Die Ampullen sind für die Augenmuskel-Endapparate eines — die Augenbewegungen — associirenden oder coordinirenden Nervenmechanismus, welche je nach dem Wechsel ihrer Lage im Labyrinthe jene Augenstellungen reguliren, die die Lageveränderungen des Kopfes und des Körpers begleiten.

Nach Verf. gelingt es nachzuweisen, dass diese bilaterale Einrichtung sich auch auf andere — alle — Muskelgruppen des Körpers ausdehnt und in dem Bogen-Canal-Systeme mit den Utriculis ein zweifacher centripetaler Endapparat eines die Gesammtmuskulatur associirenden Nervenmechanismus existirt, welche nach ihrer jeweiligen Lageveränderung im Labyrinthe die unwillkürlich erfolgenden bilateralen Körperbewegungen reguliren.

Die objectiven Symptome des Schwindels aber bestehen zumeist in einer Coordinationsstörung der Muskelbewegungen und die complicirteren Phänomene desselben lassen sich mit Zuhilfenahme der Untersuchungen des Verf. auch erklären.

Ladislaus Pollàk (Grosswardein Ungarn).

---

105) **Seguin:** A clinical contribution to the study of post-paralytic chorea. (Reprintet from the Transactions of the Amerc. Neurologic. Assoc. II. 1879.)

Beide mitgetheilten Fälle von post-paralytischer Chorea können nach S. wohl die von Charcot ausgesprochene Ansicht bestätigen, dass dieser Symptomencomplex durch Läsionen an der äussern und hintern Grenze des Thalamus opticus oder in der hinteren Ausbreitung der Corona rad. verursacht wird. (Die Section wurde leider in keinem Falle gemacht.) In beiden bestanden Hemiplegie, Hemianäs-

thesie und choreiforme Bewegungen nebeneinander. In dem einen deutete die Lähmung des Oculomotorius auf einen Erkrankungsherd in der Nähe des Crus cerebri, vielleicht unmittelbar über ihm. Auch im zweiten Falle durfte man auf einen Herd in jener Gegend, vielleicht in der Nähe des Thalam. opt. schliessen. Im zweiten Falle bestand zugleich Hemiopie; wenn man also nicht einen zweiten Herd annehmen wollte, würde er der Ansicht Charcot's, das Läsionen der Hemisphäre Hemiopie nicht veranlassen können, widersprechen.

Waehner (Creuzburg.)

---

106) **E. Barié:** Contribution à l'histoire des paralysies d'origine intestinale. (Archiv. générales de médecine. 1881 November.)

Verf. bringt als casuistischen Beitrag für die Lähmungen, welche durch Erkrankung der Verdauungsorgane verursacht werden, folgende 3 Fälle.

I. Ein 16jähriges Mädchen, Waisenhauszögling, früher gesund, litt bei ihrer Aufnahme seit einem Monate an heftiger Diarrhoe. Seit 10 Tagen war Unvermögen, den Kopf zu halten, und Unfähigkeit, die Beine zu bewegen, aufgetreten. Die Pat. bot das Bild einer Cholerakranken im Stadium der Reaction, die Nackenmuskeln waren völlig gelähmt, ebenso die Beine gänzlich paraplegisch, mit den Armen waren noch leichte Bewegungen auszuführen, doch fehlte jegliche Kraft. Dabei bestand Abschwächung der Sensibilität, völlige Analgesie in den Händen bei erhaltenem Temperatursinn. Die Temperatur war subnormal. In den folgenden Tagen gesellte sich auch Parese der Bauchmusculatur hinzu. Durch geeignete Massregeln gelang es innerhalb 12 Tagen der Diarrhoe Herr zu werden. Von da an besserte sich auch die Paralyse rasch, zuerst in den Armen dann im Nacken, dann in den Beinen. Nach 18 Tagen konnte Pat. das Bett verlassen. Durch einen Diätfehler zog sie sich einige Tage später einen Rückfall der Diarrhoe und zugleich auch Rückkehr der Lähmungserscheinungen zu. Durch Diät etc. wurde aber rasch dauernde Heilung erzielt.

II. Ein bei einem Brückenbau beschäftiger Arbeiter hatte sich im Winter 1879 nach vielfachen Erkältungen eine profuse Diarrhoe zugezogen. Nach 6tägigem Bestehen derselben suchte er wegen beinahe völliger Lähmung der Beine Aufnahme in der Klinik. Es fand sich beträchtliche Parese der Beine, Ameisenkriechen der grossen Zehe, und bei Bewegungsversuchen derselben trat stundenlange andauernde Beugestellung auf. Der Kranke bot ein gleiches Aussehen, wie Fall I. und war somnolent. Die Temperatur war normal. Nach 5 Tagen liess die Diarrhoe nach, die Lähmung besserte sich rasch und innerhalb 20 Tage war Heilung erzielt.

III. Bei einer 25jährigen Dienstmagd war ebenfalls im Gefolge einer 2 Wochen andauernden sehr heftigen Diarrhoe eine völlige Paraplegie der untern Extremitäten mit schmerzhaften Krämpfen der grossen Zehen eingetreten. Auch hier wurde durch Behandlung der Diarrhoe binnen 3 Wochen völlige Heilung erzielt.

Im Anschluss an diese Fälle bespricht Verf. die Paralysen in Folge von Verdauungskrankheiten überhaupt. In der Symptomatologie ist besonders die Häufigkeit der Paraplegien der Beine hervorzuheben. Die Verlaufsweise ist in der Regel derartig, dass zuerst Dumpfheit und Betäubungsgefühl im Kopfe, Völle im Unterleib, Druckempfindung und Druckschmerz im Bereich der Wirbelsäule eintritt, woran sich dann weitere Ausstrahlung der Schmerzen, Wadenkrämpfe, Taubsein der Extremitäten, Unsicherheit des Ganges und schliesslich die Lähmung anschliesst. Fieber fehlt. Die anderweitigen Symptome sind die der Cholerine oder Cholera nostras.

Bezüglich der Aetiologie theilt Verf. die Lähmungen ein in solche, welche durch Anwesenheit von Eingeweidewürmern, und solche, welche durch functionelle Störungen der Magen-Darmschleimhaut erzeugt werden. Für die einzelnen Categorien werden aus der Literatur casuistische Belege beigebracht. Bezüglich der Entstehung der Lähmung ist Verf. der Ansicht, dass in der Regel durch die Eingeweideerkrankung nur functionelle Störungen im Rückenmarke gesetzt werden, und dass auch dort, wo wirklich anatomische Veränderungen desselben gefunden worden seien, es sich um eine Wirkung à distance, nicht um eine Entzündung, welche längs der Nerven aufwärts gestiegen sei, handele. Karrer (Erlangen).

---

107) **P. J. Möbius** (Leipzig): Neuropathologische Notizen. (Betz's Memorabilien 1881 8. Heft Sp. Abdr.)

III. Morbus Basedowii. M. beobachtete vom 6. November 1879 an eine 51jährige Dame, die angeblich in Folge häuslichen Kummers seit ca. 10 Jahren eine Abnahme ihrer Kräfte und gleichzeitig eine Dickenzunahme ihres Halses bemerkte. Seit 2 Jahren bekam sie ausserdem Herzklopfen und Anfälle von Beklemmung. Vf. constatirte neben erschreckender Magerkeit, neben dem gelblich bleichen Aussehen und nur mässig blassen Schleimhäuten eine symmetrische Vergrösserung der Schilddrüse sowie verstärkte und beschleunigte Herzthätigkeit bei reinen Tönen und normalen Percussionsgrenzen. Exophthalmus fehlte durchaus. Eine täglich wiederholte galvanische Behandlung verlief ausser einiger subjectiver Erleichterung resultatlos. Nach einer am 28. Dec. erfolgten Erkrankung an katarrhalischer Angina, die ohne nennenswerthe Temperaturerhöhung verlief und bald wieder schwand, nahm der Kräfteverfall rasch zu und starb Pat. am 15. Januar 1880, ohne dass weitere örtliche Krankheitserscheinungen aufgetreten wären.

Die Section ergab in keinem lebenswichtigen Organ eine gröbere Störung. Die Struma erwies sich als einfach hyerplastisches Gebilde.

M. vergleicht beim Mangel einer greifbaren Todesursache die Art des Todes der durch Marasmus sensilis, und statuirt nach dem Vorgange französischer Autoren für solche Fälle einen „Marasmus nervosus.“ „Mit anderen Worten heisst dies, die Form des letalen Aus-„gangs zeigt, dass das Krankheitsbild, welches wir M. B. zu nennen „gewohnt sind, dem Nervosismus nahe verwandt ist.“ Schon die Ursache des vorliegenden Falles — Gemüthsbewegungen — stellt den Fall

in Parallele mit dem Nervosismus. Indem Verf. die Pathogenese des M. B. auf sich beruhen lässt, geht für ihn „aus den bisherigen Er-„fahrungen hervor, dass wir wenigstens in vielen Fällen, zu denen „auch der unsrige zählt, den M. B. nicht als eine örtliche, sondern „als eine allgemeine Nervenkrankheit zu betrachten haben, welche ih-„ren Platz findet zur Seite der schweren Neurosen, des Nervosismus, „der Hysterie, Epilepsie und Geistesstörung."

IV. Die Erblichkeit der Nervosität.

Zur Illustrirung der Ansicht, dass die Nervosität mit den bekannten schweren Neurosen eine Reihenfolge krankhafter Zustände bildet, die alle mit einander durch die Erblichkeit verbunden sind, eine Reihenfolge, in welcher die Nervosität auf der ersten, der Blödsinn auf der obersten Stufe steht, giebt Vf. eine Tabelle, welche den Stammbaum einer neuropathischen Familie durch 4 Generationen darstellt. Besonders bemerkenswerth ist in demselben, dass in der vierten Generation ein Zweig unter dem Einflusse der Inzucht schwerere Formen der Erkrankung, Epilepsie und Psychosen, aufweist, während in einem anderen Zweige derselben Generation die Neurasthenie vorherrscht.

Dehn (Hamburg).

---

108) **H. Falkenheim** (Königsberg): Zur Lehre von der Nervennaht und der prima intentio nervorum. (Centralbl. f Chirurgie Nro. 33 1881.)

109) **L. Wolberg** (Warschau): Kritisch-experimentelle Untersuchungen über die Nervennaht und Nervenregeneration. (Vorl. Mittheilung, Centralblatt f. Chirurg. Nro. 38, 1881.)

110) **Rosenbach** (Göttingen): Nervendehnung bei einer nach örtlicher Läsion (Wirbelbruch) allmählich entstandenen, diffusen Rückenmarkserkrankung. (Centrbl. f. Chirurg. Nro. 26. 1881.)

111) **E. Lamarre:** Contribution à l'étude de l'action de l'élongation des nerfs dans les affections médullaires. (Revue de Chirurgie 1881. Centralbl. f. Chirurg. Nro. 35. 1881.)

Die prima intentio nervorum, klinisch seit längerer Zeit behauptet, wurde neuerdings durch Langenbeck*) und Th. Gluck experimentell nachgewiesen. H. Falkenheim (Königsberg), dessen Dissertation wir nach dem Referate Richter's (Breslau) wiedergeben, bespricht dagegen die Täuschungen, denen bis in die neueste Zeit die Autoren bei ihrem Urtheil über die Wiederkehr von Bewegung und Empfindung in den von einem durchtrennten Stamm innervirten Theilen unterworfen waren. Sie haben die „Hilfsmotilität und Sensibilität Létiévant's" ausser Acht gelassen. Wie bei den Respirationsmuskeln, so existiren wohl an allen Körperstellen Muskeln, welche in gesunden Tagen die Wirkung anderer Muskeln zu verstärken und bei Ausfall derselben sie in ihrer Arbeit zu ersetzen im Stande sind. Aehnlich ist es bei den Empfindungsnerven. Normale Endorgane, welche bei der Durchschneidung eines Nerven vom verletzten Nerven unabhängig und durch unversehrte Nervenfasern mit ihren zugehörigen Centren in Verbindung sind, arbeiten in alter Weise fort, sind supplementär, auxiliär thätig.

---

*) Vergl. dieses C.-Bl. 1880. pag. 54.

Bei seinen Experimenten mit Hühnern, Tauben, Hunden und Katzen am Ischiadicus und Vagus, durchtrennte er den Nerven mit einer scharfen Schere und nähte ihn mit feinen Heftnadeln. Die gereinigte Wunde schloss er mit Katgutnähten. Die Heilung der letzten erfolgte in 23 reinen Experimenten per primam. Nach Verlauf von 2×24 Stunden wurde die Motilität und Sensibilität des operirten Beines geprüft, nach 7—14 Tagen aber der durchtrennte und genähte Nerv freigelegt und peripher wie central von der Narbe aus auf seine Leistungsfähigkeit geprüft. Nicht in einem einzigen Falle von Ischiadicus- und Vagusnaht liess sich dabei aber eine Wiederherstellung der Nervenleitung nachweisen. Auch bei dem anderen Verfahren, in sich geschlossene Nervenstämme mit Sicherheit so vollständig zu durchtrennen, dass aus dem späteren Vorhandensein der Leitung ein Schluss auf die Wiederherstellung berechtigt erschien, kam nach Verf. zu keinem positiven Resultate. Er durchtrennte bei Kaninchen den nerv. tibial. da, wo er zwischen n. peroneus und saphenus min. eingebettet liegt und excidirte darauf etwas weiter peripher ein kleines Stück aus peroneus und saphen. Die sich bald wiederherstellende Function der ausser Thätigkeit gesetzten Muskulatur war nur scheinbar: Die passive Wirkung des extens. dig. ped. comun. hatte der gelähmten Extremität Gebrauchsfähigkeit gewahrt.

Trotzdem gibt Verf. auf Gluck's Erfahrung gestützt die Wiederherstellung der Nervenleitung nach Durchtrennung zu. Verf. sah microscopisch stets die vom Trauma getroffenen Fasern völlig der Degeneration verfallen, bei welcher Axencylinder und Markscheide solidarisch verknüpft werden. Danach ist er überzeugt, dass der periphere Theil einer Nervenfaser stets einer Degeneration, die mit einer Alteration in dem chemischen wie morphologischen Verhalten des Nervenmarkes und des Axencylinders einhergeht, verfällt, wenn er nicht unmittelbar nach dem Trauma wieder mit dem trophischen Centrum in Rapport gesetzt wird. Die Heilungsvorgänge im durchtrennten Nerven werden aber jedenfalls durch die Naht beschleunigt. Dieser steht kein Bedenken entgegen, wenn man sie paraneurotisch ausführt. Hat aber das paraneurotische Bindegewebe gelitten, besteht stärkere Spannung, so soll man zur directen Naht schreiten. —

L. Wolberg (Warschau) kam wie Falkenheim in 30 Experimenten an Hühnern und Katzen ebenfalls zu einem negativen Resultate, da in keinem Falle eine microscopisch bewiesene prima intentio erzielt wurde. Trotzdem leugnet auch er dieselbe nicht, sondern sucht aus 43 Fällen von Nervennaht in der Literatur die Wahrscheinlichkeit der ersten Vereinigung zu erweisen. Ausserdem folgert er aus seinen experimentellen Untersuchungen 1) Prima intentio nervorum ist möglich. 2) In frischen Fällen von Nervendurchschneidung ist die Naht angezeigt, in veralteten, wenn die Wichtigkeit der paralysirten Functionen es erheischt. 3) Die directe Naht ist der paraneurotischen vorzuziehen. 4) Sie befördert die Regeneration der Nerven. 5) Bei der nach Durchschneidung und Quetschung der Nerven folgenden Degeneration wird nur das Nervenmark angegriffen, Axencylinder und Schwann'sche Scheide

bleiben intact. 6) Die Regeneration findet aus den Zellen des Perineuriums beider Nervenschnitte statt. Diese Zellen werden frei, erhalten Ausläufer, welche protoplasmatisch und immer länger werden, so dass die Zellen wie langgezogene Spindeln aussehen; die letzteren verbinden sich durch Ausläufer, es erfolgt Differenzirung des Protoplasmas in Axencylinder und Schwann'sche Scheide. Die durchschnittenen alten Nervenfasern verwachsen mit diesen neuen, das Mark bildet sich wahrscheinlich aus den Kernen, ein anderer Theil der vormaligen Zellenkerne wird zu Kernen der Schwann'schen Scheide; schliesslich bildet sich neues Mark in den alten, peripheren Nervenfasern aus; der ganze Process dauert bei Katzen $2^1/_2$ Monate. 7) Die De- und Regeneration findet gleichzeitig statt. 8) Die Degeneration entsteht im ganzen peripheren Nervenabschnitte zugleich, die Regeneration geht in centrifugaler Richtung vor sich. 9) Mit der Degeneration kehren auch die normalen Functionen zurück.

Ueber Nervendehnung, dieses in neuster Zeit so vielfach ventilirte Thema, schreibt Rosenbach (Göttingen) einen Fall, der vereinzelt in der Literatur bislang dasteht. Georg Meyer, 33 Jahre alt, Bergmannn, wurde aus dem Wagen gewaltsam auf den Rücken geschleudert. 5 Minuten bewusstlos, stand auf, verliess die Grube und ging 1 Stunde weit nach Hause. Zu Hause lag er 4 Wochen im Bette, konnte dann wieder gut marschiren, fuhr wieder in den Schacht. Allmählig wird Gehen schlechter, $^1/_2$ Jahr später musste er ganz zu Hause bleiben, 13—14 Wochen theils im Bette, theils auf dem Sopha. Anästhesie der Beine constatirt, erfolglos mit induc. Strom behandelt. Stat praes. in der Klinik: Untersuchung der Wirbelsäule ergibt eine auffallende Prominenz des Dornfortsatzes vom 7. Brustwirbel mit geringer Kyphose. Druck hier sehr schmerzhaft. An den oberen Extremitäten keine motorischen und sensiblen Functionsstörungen. An den unteren Extremitäten Muskelkraft erhalten, Heben und Strecken derselben mühsam unter Zittern. Gang wie bei vorgeschrittener Tabes. Bei Augenschluss droht Pat. zu Boden zu fallen. Sensibilität vollkommen erloschen, Reflexerregbarkeit in hohem Masse herabgesetzt. In der Leistengegend will Pat. Druck, aber keinen Schmerz empfinden. Am Bauch und Rücken Hyperästhesie und bedeutende Reflexerregbarkeit. Patellar- und Fersenreflex vollständig erloschen. Diagnose: diffuse Erkrankung, resp. Entzündung des gesammten Querschnittes des Rückenmarkes nach Trauma — Myelitis transversa traumatica (Prof. Ebstein). König machte Dehnung beider Ischiadici unter der Glutaealfalte. Nerven normal. 4—5 Stunden nach Dehnung Reflexerregbarkeit der l. unteren Extremität wiedergekehrt. Unsicherheit der willkürlichen Bewegungen schwindet. Nadelstiche sicher angegeben und localisirt. Reflexerregbarkeit jetzt gesteigert, manchmal $2^1/_2$ Secunden nach dem Stiche. Patellar- und Sehnenreflexe nicht vorhanden. Gehversuche noch nicht gemacht. (2—3 Monate nach der Operation).

Einen Fall von wiederholter Dehnung der Ischiadicus veröffentlicht E. Lamarre, den wir nach dem Referate Sprengels wiedergeben:

Eine 66jährige, früher sehr kräftige, jetzt abgemagerte Frau leidet seit 1/2 Jahre an Schmerzen, in der Gegend des unteren Theiles der Rückenwirbel und sämmtlicher Lendenwirbel. Seit kurzem Schmerzen im l. Ischiadicus. Dehnung desselben. Definitiven Erfolg verspricht sich Verf. nicht, da er Carcinom der Rückenmarkshüllen supponirt. Erste Dehnung am unteren Rande des Glutäus magn. Schmerzen hören sofort auf. Ganz leichte Parese der Extremität, Sensibilität normal, Heilung mit unbedeutender Eiterung. Nach 3 Wochen Rückkehr der Schmerzen. Wiederholte Dehnung an der Grenze des mittleren und unteren Drittels vom Oberschenkel. Erfolg wie bei erster Dehnung. Starke Eiterung. Nach 9 Tagen Wiederkehr der Schmerzen in der Lendengegend. Nach einigen Tagen stirbt Pat., bei granulirender Wunde ohne septische Erscheinung. Section konnte nicht gemacht, also auch nichts Bestimmtes über die Todesursache und die Diagnose intra vitam festgestellt werden. Der Fall soll beweisen, dass auch bei ernsten Läsionen des Rückenmarkes durch I.-Dehnung wenigstens eine vorübergehende Beseitigung quälender Symptome möglich ist.

Goldstein (Aachen).

---

112) **Ishewsky:** Elektrische Bäder. (Wratsch, 1882 Nro 5.)

Die Versuche des Verf. sind angeregt durch die Mittheilung des Dr. Paul über die wohlthätige Wirkung galvanischer Wannen bei verschiedenen Krankheiten. Er benutzte zu seinen Versuchen eine hölzerne Wanne, welche mit Wasser von circa 27^0 R. gefüllt wurde; in dieses Wasser tauchten 2, mit der primären Spirale einer Ruhmkorf'schen (durch 2 Poggendorff'sche Elemente in Bewegung gesetzten) Ioductionsrolle, verbundene Drähte. Die Stärke des Extracurrents wurde durch Verschieben eines, in der Rolle befindlichen Eisendrahtbündels, die der Elemente vermittelst eines Sinusgalvanometers bestimmt; die Dauer des Bades in den physiologischen und therapeutischen Versuchen betrug 5—10 Minuten. Die Bäder selbst waren allgemeine oder locale.

Bei den physiologischen Versuchen kam Verf. zu folgenden Resultaten:

1) an Menschen: bei schwachen Strömen trat eine angenehme Empfindung am ganzen Körper, bei stärkeren Strömen das Gefühl des Faradisirtwerdens, nur schwächer als wie bei der gewöhnlichen Application des Inductionsstroms zuerst an der Kathode, dann auch an der Anode auf; bei sehr starken Strömen Spannung und Contraction besonders in den, den Elektroden näher belegnen Muskel, die Contractionen waren nur bei excessiv starken Strömen schmerzhaft. Der Puls wurde nach dem Bade ruhiger und bei normalem Pulse verminderte sich die Zahl der Schläge in der Minute, bei beschleunigtem aber um 8—12, dabei wurden die Athemzüge ruhiger, tiefer und gleichförmiger. Die Hautsensibiltät (Tasterzirkel) und die faradomusculäre Erregbarkeit wurde erhöht, die am Dynamometer gemessene Muskelkraft aber herabgesetzt gefunden; das Körpergewicht hatte zugenommen.

2) An Fröschen: Ein in die elektrische Wanne gelassner Frosch zuckte bei schwachen Strömen leicht, verfiel aber bei stärkern Strömen in Tetanus.

Die elektrischen Wannen wurden *therapeutisch* bei Kranken versucht, welche 1) an functionellen, durch Anämie und schlechter Ernährung bedingten Störungen des Nervensystems, 2) an rheumatischen Beschwerden, 3) an Zittern in Folge einer Uebermüdung der Muskeln durch einförmige Beschäftigung und 4) an Bleivergiftung litten. In Folge der Bäder hob sich der Appetit, die periodischen Anfälle der nervösen Leiden wurden seltner und kürzer, bei den Rheumatikern verminderte sich die Schmerzhaftigkeit der afficirten Theile und schwanden die Symptome (welche?) der Bleilähmung rasch.

Während des Gebrauches der Bäder war jede andere Behandlung ausgeschlossen; die Möglichkeit einer gleichzeitigen Wirkung des Wassers als solches wurde bei den Versuchen berücksichtigt und soll nächstens nach Möglichkeit erklärt werden.

Hinze (St. Petersburg).

---

113) **Moritz Benedict** (Wien): Ueber die Anwendung von Points de feu bei neuralgischen Affectionen. (Pester Medicinisch - Chirurgische Presse. Nro. 1. 3. 1882.)

Verf. der die Anwendung des Glüheisens wieder in die Therapie einzuführen bestrebt ist, beweist, dass die Application desselben nicht immer in loco doloris angezeigt ist, sondern je nach der Differential-Diagnose des Leidens am Ausgangspunkte der Erkrankung, somit an *entfernten Stellen, im Ausbreitungs-Bezirke der Schmerzen.* Bei Ischias muss das Eisen an den Wurzeln der Wirbelsäure bei Wurzel-Erkrankung, und am Ischiadicus angewendet werden, wenn der Nerv selbst afficirt ist.

Periphere und centrale Neuralgien müssen streng auseinander gehalten werden, und aus den differentiell-diagnostischen Momenten ergeben sich die Indicationen für die *Points de feu,* die Verf. ausschliesslich mit dem Paquelin'schen Apparate applicirt.

Die Neuralgien selbst bei den tödtlich verlaufenden *Spondylitiden* verschwinden auf 1—2 maliges Verfahren mit dem Glüheisen. Hören die Schmerzen nicht auf, kann man nach Vf. auf neoplatische Infiltrationen schliessen.

Sehr günstige Erfolge fand Vf. bei der *Pachymeningitis cervicalis hypertrophica.* Selbst der Process soll günstig dadurch beeinflusst werden. Man brenne an den 4 unteren Hals- und 3 oberen Brustwirbeln in Form *von Strichen,* ein- oder doppelseitig je nach der Art der Brachialgien.

Bei *Tabes* wird bilateral in Form von Strichen, an der Seite der 5 unteren Brust-, und 3 oberen Lendenwirbel gebrannt. Bei Wurzelneuralgien soll man die Region eher gross als klein nehmen, sonst muss man oft Ergänzungs-Cauterisationen vornehmen.

Auch bei *Spinalirritation* soll die Cauterisation ausgezeichnete Erfolge geben. Bei peripheren Neuralgien sollen die Points douloureux als Anhaltspunkte dienen.

Bei combinirten Affectionen, causaler und peripherer Natur muss man an der Seite der Wirbel an den Plexus und den Nervenstämmen gleichzeitig agiren.

Verf. hat auch bei *Hoden-Neuralgien* die sehr hartnäckig sind davon Erfolge gesehen.

Bei Cephalalgien und cerebralen Congestionen applicirt Verf. das Cauterium abwechselnd an den Warzenfortsätzen oder im Nacken.

Die *Nachbehandlung* bilden Eisumschläge eine Stunde lang, dann eine Woche hindurch ung. Mezerei und schliesslich die Verheilung mit einer Zinksalbe.

Vf. hatte bei diesen Operationen *nie narcotisirt*, doch sträuben sich die Kranken nicht gegen die zweite Application, vielmehr wird dieselbe begehrt.

Nach der Anwendung des Glüheisens werden früher erfolglose therapeutische Massregeln auch wirkungsvoll, und bei rechtzeitiger Cauterisation kann man die Narcotica sehr oft ersparen.

Das Glüheisen nimmt nach Verf. einen obersten Platz in der Ther. der neuralg. Affectionen ein, zumal wenn es als *primum remedium und nicht als ultimum refugium* angewendet wird.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

114) **Seeligmüller:** Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympathicus. (Mit 56 Holzschnitten. Braunschweig, 1882. Wreden's Sammlung kurzer med. Lehrbücher, Band V. Preis: 8 Mark 60 Pfg.)

Wir haben Compendien der inneren Medicin (z. B. von Kunze), wir haben Lehrbücher derselben (z. B. von Niemeyer), wir haben Handbücher (z. B. von Ziemssen), wir haben Lehrbücher der Nervenkrankheiten (z. B. von Eulenburg); das Bedürfniss des Arztes, wie des Studirenden scheint befriedigt zu sein und der Spezialist hält sich an die mehr als zu grosse Literatur der allgemeinen und Fachzeitschriften. Wessen Wunsch auf ein Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven mit 398 Seiten gerichtet war, ist nicht recht einzusehen. Der Buchhändler Wreden muss es wissen.

Wenn man von der Bedürfnissfrage absieht, kann man sich über S.'s Buch nur freuen. Dasselbe enthält in knapper Form alles Wesentliche und ist besonders wegen der Frische der Darstelluug angenehm zu lesen. Vf. besitzt bekanntlich eine reiche Erfahrung und flicht in den Text zahlreiche Beispiele aus derselben ein. Auch dass an Holzschnitten nicht gespart ist, ist ein Vorzug des Buches.

Der allgemeine Theil zerfällt in eine physiolog. Einleitung, eine allgemeine Aetiologie, welche allerdings mehr auf die allgemeinen Neurosen abzielt als auf locale periphere Erkrankungen, und in eine allgemeine Therapie.

Der spezielle Theil handelt von Nervendegeneration und Neuritis einerseits, von den functionellen Störungen andererseits; die Hauptkapitel sind natürlich Neuralgie, Lähmung, Krampf. Den Schluss machen „die Krankheiten des Sympathikus", ein fragwürdiges Kapitel, in dessen Aufstellung S. Eulenburg nachgefolgt ist. Die Annahmen, dass

Migräne, Morbus Basedowii, Hemiatrophia facialis, Angina pectoris etc. etwas mit dem N. sympathicus zu schaffen haben, sind Hypothesen, die auf *sehr* schwachen Füssen stehen. Ein Lehrbuch aber sollte bedenkliche Hypothesen nicht zum Eintheilungsgrund wählen. Warum stellt man nicht einfach motorische, sensible, vasomotorische, trophische Störungen neben einander? Ob ein vasomotorischer Nerv z. B. durch den Sympathikus läuft oder sich einem Spinalnerven anschliesst, ist doch ziemlich gleichgültig. Es handelt sich ja bei den fraglichen Krankheiten in der Regel gar nicht um eine Affection der leitenden Nervenfasern, sondern um eine des betr. Centrums. —

Möge das Buch S.'s die Anerkennung finden, welche es verdient.

Möbius (Leipzig).

---

115) **Carl Laufenauer** (Budapest): Ueber catatonische Verrücktheit. (Orvosi Hetilap. 1882. Nro. 5. 6.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von catatonischer Verrücktheit; beide beobachtete er an jugendlichen Studenten; charakteristische sexuale Reize, Onanie-Trieb waren auch nachweisbar; beide gingen in relativ kurzer Zeit in Heilung über.

Aus den erschöpfenden Krankheitsberichten ist ersichtlich, dass zur primären Verrücktheit cataleptische und tetanische Nebensymptome sich gesellten, ohne dass weitere psycho-motorische Spannungs- oder Hemmungs-Erscheinungen sich entwickelt hätten.

Im I. Falle (M. L. 20 Jahre), waren Verfolgungswahn, Hallucinationen des Gehörs und Geschmackes primär vorhanden; nach 6 Wochen kamen flexibil. cerea, Anästhesie und abundante Speichelsecretion zum Vorschein. Inzwischen traten tetanische Contractionen der Labial-Musculatur auf. Auffallend waren ausgesprochene vasomotorische Störungen: rechtsseitige Mydriasis, Steigerung der Körperwärme an der ganzen rechten Seite, cutane Hyperthermie und lebhafte Hautfärbung. An den oberen Theilen sind die Temperatur-Differenzen niedriger ($0,5^0$) als an den unteren Körpergegenden ($0,8^0$). Während des 7 monatlichen Krankheits-Verlaufes schwanden die catalept. Symptome; in ihrem periodischen Auftreten und Nachlasse war kein Typus. Gemüthtsstimmung gedrückt, monoton, welche zweimal in maniakalische Heiterkeit umschlug, die aber nur auf die psychische Sphäre sich beschränkte.

Alle motorischen und auch das einzige psychische Hemmungs-Phänomen (vollkommene Wortlosigkeit) *liessen mit der Zunahme des Körpergewichtes nach.* Mitte des 10. Monates stellte sich vollständige — auch geistige — Restitution ein.

Im II. Falle (Sch. M., 19 Jahre auch Israelit) war im Prodromal-Stadium primäre Verrücktheit aufgetreten; dann folgten cataleptische Symptome, psychische Hemmungs-Erscheinungen, worunter die Nahrungs-Verweigerung und unwillkührliche Erectionen obenan figuriren. Auch hier waren *vasomotorische Störungen* deutlich vorhanden. Am Ende des 4. Monates war trotz alledem die psychische Integrität

hergestellt; *sie ging parallel mit der rapiden Gewichts-Zunahme des Körpers.*

Nach der Anschauung des Verf. war in beiden Fällen eine mangelhafte und gestörte Ernährung der Hirn-Rindensubstanz mit verminderter Arbeitsleistung derselben die Krankheitsursache. Mit der Besserung dieser trophischen Störung erschien auch die geistige Integrität. Auf Grund der auffallenden — messbaren und greifbaren — vasomotorischen Erscheinungen neigt Verf. zur Ansicht, dass dem Sympath. eine grosse Rolle zufalle in den Erklärung-Versuchen vieler primärer und secundärer Psychosen. Ausser den vielen irreparablen Substanz - Veränderungen des Gehirns, die auch incurabel sind, gibt es auch solche, wo die Krankheits-Erscheinungen bloss von gestörten Blutdrucks-Verhältnissen eigentlich von Abnormitäten der Hirn-Ernährung abhängen, wobei mit der Zunahme der Körperernährung auch eine regressive Abnahme der psychischen Erscheinungen deutlich auf den Einfluss des vasomot. Systems hinweist. Die Wirkung des Sympathicus auf die qualitative Hirnfunction ist nicht zu leugnen, da derselbe nicht nur ein vasomotorischer Nerv, sondern auch ein trophischer Regulator der Ernährungs-Verhältnisse des Hirns ist, dessen Functionen durch centrale periphere und reflectorische Ursachen alterirt werden können.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

116) **Spitzka:** What has been done by the Asylum Association in the interest of scientific psychiatry? (Chicago. Reprintet from Chicago Medic. Review June 20. 1880.)

Um die gestellte Frage zu beantworten, was die „Asylum Association“, der Verein amerikanischer Anstaltsdirektoren, zur Förderung der wissenschaftlichen Psychiatrie gethan hat, unterzieht Sp. die von dem Verein ausgegangenen Veröffentlichungen einer Kritik. Er geht über die Leistungen des officiellen Organs jener Gesellschaft, des American Journal of Insanity, schnell weg und kritisirt auf's Herbste Gray's „Pathology of Insanity,“ er weist nach, wie sie im Wesentlichen „nichts Neues,“ aber viel an falschen und haltlosen Hypothesen und schlechten Beobachtungen bringt. Dasselbe findet er in den von Gray im Americ. Journ. of Insan. veröffentlichten „Pathological Researches,“ und in anderen kurz besprochenen Mittheilungen der Gesellschaft. Er kommt demnach zu dem Schlusse: dass kein Symptom, keine Krankheitsform, überhaupt nichts bei einer Krankheit Wesentliches auf eine körperlich nachweisbare Ursache zurückgeführt ist, wie es die Gesellschaft behauptet; dass dagegen bei ihren Untersuchungen arge technische und logische Irrthümer begangen sind; dass endlich der Versuch die Untersuchungen praktisch zu verwerthen, nur dazu geführt hat, die Wissenschaft der medicinischen Jurisprudenz zu schädigen.

Die klinischen Veröffentlichungen der „Asylum Association“ betreffend, hebt er gleichfalls einen mitgetheilten Fall hervor, der sich durch haltlose Speculationen auszeichnet; vor allem nennt Sp. es bezeichnend, dass jene Gesellschaft für eine gehörige Classification der Psychosen nichts gethan habe. Waehner (Creuzbug.)

117) **Curwen:** On the propositions of the Association on the organization of hospitals for the insane: Subordinate officers and attendants. (The Alienist and Neurologist. 1881. pag. 208.)

Von den verschiedenen, Seitens der „Association of American superintendents of hospitals for the insane“ aufgestellten allgemeinen Organisationsvorschlägen für Irrenanstalten sind die einzelnen über Beamte und zwar die Hilfsärzte, Verwalter, Hausgeistliche, Oberwärter und Wärter besprochen. Von Interresse sind von diesen, weil präcis oder neu, einige: In Anstalten von mehr als 200 Kranken sollen mehr als ein Hilfsarzt und zugleich ein Apotheker angestellt sein. Für die religiösen Bedürfnisse der Kranken wird die Thätigkeit eines Seelsorgers als unentbehrlich angesehen; eine bestimmte Ordnung dafür ist aber bei den in verschiedenen Anstalten verschiedenen Bedürfnissen unthunlich. Von Wärtern soll für je 10 Kranke einer gerechnet werden; von grossem Vortheile, führt C. aus, wird es sein, ausser den Wärtern noch eine Anzahl von Personen jeden Geschlechts anzustellen, die, ohne specielle Pflichten auf einer Abtheilung zu haben, nur zum Unterricht, zur Zerstreuung und zum Vergnügen einzelner Kranken verwendet werden können. Für alle Wärter muss ausserdem als Princip gelten, dass sie möglichst hohen Gehalt haben, um zu verhüten dass sie durch den Wunsch nach höherem Lohn bewogen werden, auszuscheiden.

Waehner (Creuzburg.)

---

118) **König** (Göttingen): Geistesstörungen bei Jodoformintoxication nach äusserer Anwendung desselben. (Centrbl. für Chirurgie 1882, Nro. 7.) (Schluss.)

7) Amputation des Fusses wegen Tuberkulose bei einer 54jährigen, sehr heruntergekommenen (Lungenphtise) Frau. Auslöffelung der ganzen erkrankten *Markhöhle* der Tibia, welche mit Jodoform ausgefüllt wird. Im Ganzen werden etwa 40 g Jodoform verbraucht. Listerverband. Ganz aseptischer Verlauf und Heilung bei noch mehrmaliger Application von Jodoform etwa nach 4 Wochen. Während der Zeit trat am achten Tage nach der Amputation Verwirrtheit ein; Pat. wurde unruhig, wollte aus dem Bett, wusste nicht, dass sie amputirt war, hatte vollkommene, Narkoticis nicht zugängliche Schlaflosigkeit. Dann kamen Hallucinationen und *Nahrungsverweigerung.* Nach etwa 10 Tagen gingen alle diese Erscheinungen allmählig zurück.

8) Eine sehr heruntergekommene 22jährige Pat. wird wegen Verjauchung des Kniegelenkes amputirt. Es tritt Gangrän der Wundränder und arger Gestank ein, wegen dessen sämmtliche Nähte entfernt und Jodoformpulver wie Jodoformgaze angewandt wird. Nachdem bis zum 18. Tag etwa 50 g verbraucht waren, trat in der folgenden Nacht ein *Tobsuchtanfall* ein. Pat. will aus dem Bett, schreit und schimpft. Am Tag war sie etwas ruhiger; in der folgenden Nacht Toben trotz Morphium und Natr. brom. Sie hat Hallucinationen der verschiedensten Art, sieht Thiere, Kerle u. dgl.; in der Folge schimpft sie in den Nächten weniger, beschäftigt sich mehr mit ihren Hallucinationen. BeiTag war sie unklar in ihren Antworten, schimpfte auch noch und schluchzte und weinte abwechselnd. Eine Woche nach der Erkrankung trat Nachts wieder ein *heftiger Tobsuchtanfall* ein, welcher die ganze Nacht dauerte (Zerreissen des Bettzeugs, hielt ihr gesundes Bein für ihre Schwester und schlug darauf los etc.). Von jetzt an Bes-

serung. Bei Tage noch weinerlich aber klarer. Auch schlief sie jetzt nach Morphium. Die Wunde war dabei fortdauernd mit Jodoform behandelt worden. Pat. fieberte nicht, und ihre Wunde heilte rasch.

III. Tödtlich endende Fälle.

Es sind 7 Fälle, wir referiren nur 2.

9) 61jähriger Mann, hochgradige Arthritis deformans, ganz unbrauchbares Gelenk resecirt. Jodoform ca. 80 gr. Es hat stark geblutet. Kranker fiebert Anfangs, doch fällt das Fieber zunächst ab, und die Wunde ist aseptisch. Am 9. Tage tritt Unruhe ein, Pat. reisst den Verband ab, lässt unter sich gehen. Nach einigen Tagen legt sich die Unruhe, Pat. ist aber geistig benommen. Die Unruhe wird nach einigen Tagen wieder stärker, Pat. zerreisst die Bettdecke und den Verband. Am 8. Tage nach der Erkrankung treten *maniakalische Anfälle* ein. Pat wird schwächer und schwächer und stirbt am 11. Tag der Erkrankung. Ausser einem geringen Lungenödem ergiebt die Autopsie kein Resultat.

10) Bei einem 70jährigen Mann wird ein tuberkul. Sequester neben dem Knie aus dem Femur entfernt. Ausser Listerverband 10—15 g Jodoform. Nach 8 Tagen fieberlosen Verlaufs Unruhe, *Verfolgungswahnideen*, Reissen und Zupfen am Verband. Zunächst kennt Pat. noch seine Umgebung, bald wird er *tobsüchtig*, er *magert rasch ab*, Morphium hat keinen Einfluss mehr auf die Unruhe. In der dritten Woche nach dem Ausbruch der Tobsucht tritt der Tod ein. Section: chronische Meningitis.

IV. Fälle bei Kindern und jugendlichen Individuen.

Es sind 4 Fälle, wir referiren nur 2.

11. Bei einem *15jährigen*, blassen Mädchen, welches polyartikulären Rheumatismus durchgemacht hat, wird ein zur Eiterung gekommenes Hüftgelenk resecirt. Ein grosser Eitersack in der Adductorengegend wird mit Jodoform (30 g) gefüllt, dann Jodoformpulver und Drainage, Watteverband, Naht. Am 2. Tage nach der Operation stellt sich Erbrechen ein, es bleibt grosse Uebelkeit. Am anderen Morgen bemerkt man Flexionskontraktur der oberen Extremitäten, erst Benommenheit, dann Verlust des Bewusstseins. Dabei sind die Pupillen stark verengt, fast ohne Reaktion. Puls sehr frequent (über 120). Kein Fieber. Am darauffolgenden Tag tiefer Sopor, regelmässige, oft stöhnende Respiration. Puls 150, Temperatur 39°. Die Arme sind noch kontrakt (Flexion), und zuweilen treten klonische Krämpfe ein. Pupillen wie vorher. Leichter Ikterus, secessus inscii. Jetzt wird der Jodoformverband durch einen Lister ersetzt, das Jodoform möglichst ausgewaschen. Danach bleibt am 3. Tage der Erkrankung Besserung bestehen, wenn auch noch starke Benommenheit, starke Pulsfrequenz, Kontracturen etc. vorhanden sind. Jetzt erst Temperaturerhöhung, und man entdeckt neben Decubitus auf den Spinis anterioribus einen solchen tiefen auf dem Kreuzbein. Während nun die Besserung der Hirnerscheinungen konstant ist, so dass am 6. Tag nur noch Gedächtnissschwäche und Gereiztheit vorhanden ist, entwickelt sich ein septisches Fieber mit Localisation in verschiedenen Gelenken. Trotz antiseptischer erfolgreicher Behandlung dieser treten Durchfälle ein und vermag sich die reizbare schwache Kranke nicht zu erholen. Die Abendtemperatur bleibt erhöht, und Pat. stirbt 2 Monate nach der Operation. Section: Gehirnanämie. Grosse Fettleber, wenig grosse, feste Milz, Nieren leicht fettig.

12) 14jähriger, seit 8 Jahren an Coxtiis laborirender Junge. Nach 8 Jahren käsiger Abscess, nach dessen Eröffnung eine Fistel blieb. Plötzlich nach

Schüttelfrost schweres Fieber, auf Grund welches nach 8 Tagen Resektion. Nach Ausspülung mit 1 1/2 0/0iger Karbollösung Verband mit Jodoform („ein Kaffeelöffel"), Jodoformgaze, Salicylwatte, Lister'schen Binden. Am Tag nach der Operation fiebert die Kranke und wird unruhig, die Unruhe nimmt in der Nacht zu, er wird kühl und schwitzt. Morgens darauf ist die Temperatur gesunken und bleibt tief, Abends subnormal. Dabei ist der Knabe benommen, hat lallende Sprache. Es wird das Jodoform ausgewaschen. Mehrmaliges Erbrechen tritt ein. Der Puls ist schnell, die Pupillen sind weit. In der folgenden Nacht ist die Unruhe wieder gross, Morgens subnormale Temperatur, 120 Pulse; die Menge des entleerten Urins ist sehr gering, Pupille ad maximum erweitert. Sensorium ganz benommen. Am Nachmittag tritt ein dyspnoischer Anfall ein. Die Pulsfrequenz nimmt zu. Am Abend ist die Bewusstlosigkeit vollkommen bei grosser Unruhe und Stöhnen, Schreien. 3 Uhr Nachts am 3. Tag nach dem Operationstag tritt der Tod ein. Section nicht gemacht.

Diese Mittheilungen aus dem grösseren Aufsatze Königs mögen an dieser Stelle genügen; sie sollen nur den Zweck haben auf das Studium der Originalarbeit hinzuleiten. E.

II. Vereinsberichte.

I. Société de Biologie (Paris).

Sitzung vom 7. Jan. 1882.

119) **Charcot** setzte seine Mittheilungen über die *neuro-musculäre Hyperexcitabilität der hypnotischen Hysterischen* fort. Er findet, dass diese sich bis auf die motorischen Theile des Gehirns erstreckt, da er oft sehr energische Zuckungen der entgegengesetzten Körperseite durch *Application des galvan. Stromes während der lethargischen Periode des Hypnotismus bei Hysterichen* hervorrufen kann, während dies während des Wachens nicht möglich ist. Er applicirt den einen Pol auf dem Sternum, den andern an einen Stirnhöcker (4 bis 10 Leclanché-Elemente, welche die Nadel des Galvanometer von 20 bis 30 Grad ablenken), oder den einen Pol auf die Scheitelhöhe 2—3 Centim. von der Medianlinie, den anderen in die Umgebung des Gehörganges. Jedesmal (je 20 Versuche an drei Hysterischen) traten Zuckungen der entgegengesetzten Gesichtseite, der Ober- oder Unterextremität einzeln oder gleichzeitig an allen auf, während dies im wachen Zustande nicht der Fall war. Ohne untersuchen zu wollen, ob das Gehirn direct oder indirect und welche Theile gereizt seien, lässt er sich mit der einfachen Thatsache der Reizbarkeit der motorischen Gehirntheile während der hypnotischen Lethargie genügen. In der

Sitzung vom 21. Januar,

theilte Ch. mit, dass er seine Versuche auf 10 Hysterische ausgedehnt habe und drei Gruppen unterscheiden müsse. Bei vier von diesen verliefen die Erscheinungen wie geschildert, bei vier andern traten die Zuckungen vorwiegend auf der correspondirenden Körperseite auf und von diesen zeigten drei ähnliche Zuckungen auch während des wachen Zustandes. Bei der dritten Gruppe, bei zwei Kranken, von welchen nur die eine Spuren der neuromuskulären Hyperexcitabilität

zeigte, war kein Erfolg zu erzielen. Dass die oben genannte Galvanisation am intacten Schädel eine directe Reizung des Gehirns bedeudet, beweist C. mit Hülfe von Richer und Féré durch einen dem Erb'schen nachgebildeten Versuch mit Telephon und Froschschenkel.

120) **Dumontpallier** theilte in der Sitzung vom 7. Januar einen Fall von *Hysteroepilepsie* mit, bei welchem durch Schreck Melancholie eingetreten war. Durch den blossen Blick hypnotisirt und nach einer Stunde wieder erweckt, verschwand die Melancholie, recidivirte und wurde auf dieselbe Weise gänzlich beseitigt. Er erwähnte dass Hysterische während des hypnotischen Schlafes eine unglaubliche Muskelsensibilität besässen; eine Sekundenuhr durch einen 6 Meter langen Schlauch mit der Kranken verbunden, riefe Muskelcontractionen hervor.

Am 14. Januar erzählte er von einer Hysterischen ohne neuromuskuläre Hyperexcitabilität im hypnotischen Schlaf, welche durch den Blick einschläft und durch Aufheben der Augenlider kataleptisch wird. Er vermag an ihr durch Anblasen des Schädeldaches an bestimmten Stellen durch ein Capillarrohr ganz bestimmte Muskelcontractionen auszulösen. Er hält seine und Charcot's Beobachtungen für reflectorischer Natur.

II. Académie de Médecine (Paris).

Sitzung vom 31. Januar 1882.

121) **Tillaux** berichtete über einen Fall von *klonischem Accessorius-Krampf*, bei dem er erst das Sternalbündel des Sternocleidomastoideus durchschnitten ohne Effect zu erzielen. Die Dehnung des Nerven unterliess er um den Bulbus nicht zu verletzen, resecirte aber ein 3 Centimeter langes Stück des äussern Astes des Accessorius unterhalb der parotis. Den erzielten Erfolg hofft er, gestützt auf den Mosetig'schen Fall, dauernd zu erhalten. Auf die Phonation zeigte sich kein Einfluss.

III. Société de Médecine (Paris).

122) **J. Christian** (Charenton) theilte zwei Fälle allgemeiner Paralyse mit, die beide mit mal perforant du pied complicirt waren. Den Nachlass der Erscheinungen der Geistesstörung, der in den zwei Fällen eintrat, schreibt C. der Behandlung des mal perforant zu, welches er mit anderen für abhängig von trophischer Nervenstörung hält und glaubt, dass die Besserung durch langdauernde Eiterung zu Stande kommt. Doch schreibt er den spontanen Eiterungen eine beruhigendere Wirkung zu wie den künstlich hervorgerufenen; einfache Furunkel beruhigen mehr wie Haarseile.

Rohden (Oynhausen).

IV. Berliner Verein für innere Medicin.

Sitzung vom 6. März 1882.

123) Vor der Tagesordnung stellte Herr **Becher** einen 22jährigen Mann vor, der kurz vor Weihnachten 1881 an schwerer *Diphtheritis* erkrankt war. Die anfangs aufgetretenen Schlingbeschwerden waren beim Beginn des neuen Jahres schon zurückgetreten, ja Pat. hatte schon wieder angefangen zu arbeiten, als er eine enorme Müdigkeit in Armen und Beinen zu spüren begann; daneben stellte sich Kriebeln in

den Händen und Füssen ein. Zur Zeit kann der Kranke die Arme nicht heben, nichts festhalten, kaum stehen, jedenfalls allein nicht gehen; die Sensibilität ist an Händen und Füssen abgeschwächt, die Kniephänomene verschwunden. Appetit und Schlaf sind gut. Bezugnehmend auf eine im letzten Heft von Virchow's Archiv publicirte Arbeit von P. Meyer aus Strassburg glaubt der Vortragende auch für diesen Fall eine allgemeine, sich bis auf die Nervenwurzeln ausdehnende Neuritis mit Ausgang in Degeneration annehmen und die Prognose ungünstig stellen zu sollen.

Herr Bernhardt fragt, ob eine elektrische Untersuchung in diesem Falle angestellt sei, was der Vortragende verneint. Ausserdem meint Bernhardt nach seinen Erfahrungen die Prognose in solchen Fällen weniger ungünstig stellen zu sollen, als der Vortragende; übrigens habe schon vor P. Meyer Déjérine diese neuritische Entartung der Nerven und vorderen Wurzeln bei Diphtheritis beschrieben. Auch Herr Frerichs hält die Prognose der diphtheritischen Lähmungen im Gegensatz zu Herrn Becher für eine günstige.

124) Hierauf hielt Herr **Wernicke** den angekündigten Vortrag über „*das Verhältniss der Aphasie zur Anarthrie.*" — Gegenstand der Besprechung solle nur die sogenannte „ataktische oder motorische Aphasie" sein, welche nach der Zerstörung der Broca'schen Windung durch den Ausfall von Bewegungsvorstellungen für die auszusprechenden Worte entsteht, wie dies schon Broca selbst unzweifelhaft hervorgehoben. Nimmt man zunächst der Einfachheit wegen an, dass die motorische Sprachbahn nur in der linken Hirnhälfte gelegen sei, so habe man von der untersten Stirnwindung ab bis zu den am Boden des IV. Ventrikels gelegenen Ganglienzellenhaufen, aus denen die 7. 10. u. 12. Hirnnerven als die Sprachnerven κατ' ἐξοχήν ihren Ursprung nähmen, eine fortlaufende Bahn zu statuiren. Durch eine Leitungsunterbrechung in dieser Bahn entsteht die *motorische Aphasie*, wenn diese Unterbrechung auch im Hirnschenkel oder in der Brücke läge; immer entstände Aphasie, nicht nur, wie man wohl vordem gemeint, Anarthrie. Mit Meynert hat auch Vortragender früher angenommen, dass der Linsenkern auf dieser Bahn von der Rinde zu den Ganglienzellencomplexen in der med. obl. die Station wäre, in welcher das von der Broca'schen Windung gelieferte resp. aufgegebene Worttelegramm in ein Buchstabentellegramm umgesetzt würde, so dass jede Störung von da ab nur eine „articulatorische" Störung darstelle. Neuere Untersuchungen (schon mitgetheilt in der Berliner physiologischen Gesellschaft) haben den Vortragenden indess belehrt, dass der Linsenkern keine Fasern von der Stirnrinde direkt aufnimmt; Die motorische Sprachbahn geht vielmehr *die* Markfasern entlang, welche von der Broca'schen Windung aus die Burdach'sche Oberspalte entlang bis zur hinteren Kante der fossa Sylvii ziehen, dort gehen sie ohne in den Linsenkern einzutreten, um dessen hintere Spitze herum und gelangen so zum *hinteren* Abschnitt der inneren Kapsel, so dass sie dort der sensiblen Bahn sehr nahe liegen. Daher das so oft beobachtete Zusammenvorkommen von Aphasie und Hemianästhesie. Bei einer Durchsicht der Literatur ergeben sich

nun auch unzweifelhafte Fälle von Aphasie bei Läsionen des crus cerebri oder bei Herden in der Brücke; natürlich werden die Erscheinungen, je näher die Störung der Kernregion im verlängerten Mark liegt, um so undeutlicher, indem das eine Mal die artikulatorische, das andere Mal die aphasische Sprachstörung überwiegend in den Vordergrund tritt.

Bisher ist nun der Antheil der rechten Hemisphäre an dem Zustandekommen der Sprache mehr als billig vernachlässigt worden; es kommen bei rechtseitiger Hemisphärenläsion und linksseitiger Hemiplegie Sprachstörungen vor, es kommt vor, dass die mit rechtseitiger Hemiplegie zugleich aufgetretenen Sprachstörungen sich ausgeglichen haben, um sofort in schwerster Form aufzutreten, wenn (durch eine rechtsseitige Hemisphärenläsion) linksseitige Hemiplegie sich hinzugesellt; es treten dann Fälle auf, die in der Literatur als Pseudobulbärparalyse unterschieden sind. Der Sprachmechanismus ist also von der Integrität *beider* Hemisphären abhängig; nur geht die *Haupt*bahn durch die linke Hemisphäre. Auch durch Zerstörungen in der rechten Hemisphäre kann in den ersten Tagen nach dem Anfall Aphasie eintreten; denn abgesehen von dem Schock, den die linke Hemisphäre als die Trägerin der Hauptsprachbahn durch eine rechtsseitige Blutung z. B. erlitten, habe ja auch ein Theil der doppelseitigen Bahn Hemmnisse erfahren, wenngleich dieser (der rechtsseitige Hemisphären-) Antheil bei den meisten (rechtshändigen) Menschen der weniger wichtige sei.

Die Diskussion wird der vorgerückten Zeit wegen vertagt.

Bernhardt (Berlin).

III. Neueste Literatur.

15. Wernicke; Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. II. Theil. Kassel, Fischer. gr. 8⁰.
16. Bastian: Le Cerveau, Organ de la pensée chez l'homme et chez les animaux. Paris, Baillière et Comp. 2 Bände M. 12.
17. Seeligmüller: Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympathicus. Braunschweig, Wreden. gr. 8⁰. 398 pag.
18. v. Recklinghausen: Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen. Festschrift für Virchow. Berlin, Hirschwald. gr. 8⁰. 5 Taf. M. 7.
19. Limann: Casper's Lehrbuch der gerichtl. Medicin. II. Band. Berlin, Hirschwald, gr. 8⁰. M. 20.
20. Nocht: Ueber die Erfolge der Nervendehnung. Ebendas. M. 1.
21. Fenger and Lee: Nerve-Stretching. Chicago. gr 8⁰. pag. 42.
22. Gussenbauer: Ueber Nervendehnung. Prag, Tempsky. pag. 24.
23. Pierson: Compendium der Electrotherapie. III. Aufl. Leipzig, Abel. M. 4,75.
24. Onimus: Guide pratique d'Electrotherapie. Paris, Masson. 95 Fig. 6 frcs.

Théses de Paris; der Facultät vorgelegt vom 20.—25. Febr.:

25. Harel: Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice.
26. Béchard: Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice.
27. Rostan: Des névralgies saturnines.

Der Facultät vorgelegt vom 27. Febr. bis 11 März:

28. Bursaux: De la résection du nerf sous-orbitaire dans la nevralgie faciale rebelle.
29. Février: Etude sur la pathogénie des arthropathies.
30. Pomponne: Considerations sur l'hygiène des aliénés.
31. Fayard: Du mal perforant dans l'ataxie locomotrice progressive.
32. Coulon: Des névralgies considérées principalement au point de vue de leur traitement.
33. Bra: Des pesées cerebrales dans l'aliénation mentale.
34. Cot: Les eaux de Lamalou et l'ataxie locomotrice.

---

35. Richet: Physiologie des muscles et des nerfs. Paris, Baillière et Comp. fres. 15.
36. Wiet: Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs. Ebendas. frcs. 4.
37. Ackerman: Die Schädeldifformität bei der Encephalocele congenita. Halle, Niemeyer. M. 3,60.
38) Singer: Ueber secundäre Degeneration im Rückenmarke des Hundes. Wien, Gerold. M. 1,40.
39. Leloir: Recherches cliniques et anatomo-patholog. sur les affections cutanées l'origine nerveuse. Paris, Delahaye. 5 frcs.
40. Savard: Etude sur les myélites syphilitiques. Ebendas. 3½ frcs.
41. Mays: Ueber die Bewegungen des menschlichen Gehirns. Heidelberg, Winter.
42. Ribot: L'hérédité psychologique. Paris, Baillière et Comp.
43. Leven, Maladie cérébro-gastrique. Paris, Delahaye et Lecrosnier. Broch. in 8⁰ pag. 8. frcs. ½.
44. Savarel: Etude sur les myélites syphilitiques. Ebendas. 8⁰ 164 pag. frcs. 3½.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Ueckermünde (Pommern), Assistenzarzt, sofort, 1200 Mark, freie Station. 2) Feldhof bei Graz (Steyermark, Director, 2400 fl. ö. W., 240 fl. Theuerungszuschuss, freie Wohnung etc. Meldung an den Steyermärkischen Landesausschuss in Graz. 3) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis. Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 4) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 5) Schwetz, Volontairarzt,. 6) Thonberg bei Leipzig (Privatirrenanstalt des Dr. Güntz), Assistenzarzt, sofort, 1200 M., freie Station. 7) Blankenhain (bei Weimar), Assistenzarzt, Ostern, 600— 900 M., fr. Station. 8) Die Kreisphysicate: Daun (Trier) Deutsch-Krone (Marienwerder), Eisleben (Merseburg), Grottkau (Oppeln), Lyk (Gumbinen), Militsch (Breslau), Neisse (Oppeln).

Besetzte Stelle. Leubus, Dr. Waldschmidt aus Wetzlar ist als Volontairarzt in die Anstalt eingetreten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig,
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. | **1. April 1882.** | **Nro. 7.**

INHALT.

I. Originalien.

Ueber Asthenie des Gehirns.

Von Dr. JULIUS ALTHAUS in London.

Die neueren physiologischen und pathologischen Untersuchungen über die Localisirung der Fähigkeiten und Functionen im Gehirn und Rückenmark haben das Wesen und die Entstehungsart vieler wichtiger Nervenkrankheiten, wie der Epilepsie, Lähmung u. s. w. besser zu erkennen gelehrt; und scheint es mir, dass dieselben uns auch den Schlüssel zu einer genaueren Definirung jener sehr häufigen, obwohl nicht so schweren und gefährlichen functionellen Erkrankungen liefern, welche man von Zeit zu Zeit unter den Namen Hypochondrie, Nervosität, nervöser Erschöpfung, Neurasthenie, Spinal-Irritation, Neurosismus, Neuropathie u. s. w. beschrieben und zusammengefasst hat. Krank-

hafte Zustände des Nervensystems worin man Mangel an Kraft oder Störung von Thätigkeiten beobachtete, ohne dass eine organische Krankheit des Nervengewebes existirt, hat es wohl unzweifelhaft immer gegeben; doch sind dieselben neuerdings, in Folge veränderter socialer Verhältnisse und der grösseren Intensität, mit welcher der Kampf um's Leben geführt wird, häufiger und mannigfaltiger geworden, und haben deshalb naturgemäss die Aufmerksamkeit der Aerzte in höherem Grade auf sich gezogen als früher. Briquet, Bouchut, Fordyce, Barker, Erb und Beard haben gezeigt, dass die Symptome der Neurasthenie häufig die Anzeichen von organischen Krankheiten nachahmen, und haben mehr oder weniger ins Einzelne gehende Beschreibungen derselben und ihrer gewöhnlichen Ursachen geliefert; doch hat es bis jetzt noch Niemand versucht die verschiedenen Erscheinungen, welche sich der klinischen Beobachtung darbieten, auf ihre eigenartigen Quellen zu verfolgen und dieselben auf Ernährungsstörungen bestimmter und anatomisch genau begränzter Theile des Gehirns und Rückenmarks zurückzuführen. Aus diesem Grunde ist denn auch die Beschreibung der Symptome etwas zerfahren und ungeordnet gewesen, und ist die Behandlung der Erkrankung nicht in hinreichend genauer Beziehung zu der Localisirung derselben verfolgt werden.

Krankheiten der Augen, der Kehle, der Gebärmutter u. s. w. werden gegenwärtig hauptsächlich, obwohl nicht ausschliesslich, mit örtlichen Mitteln behandelt; und obwohl die Augenärzte, die Laryngologen und besonders die Frauenärzte ohne Frage öfter sich übermässiger örtlicher Eingriffe schuldig gemacht haben, so ist doch im Ganzen der Erfolg in der Behandlung in gradem Verhältnisse zu der Geschicklichkeit gewesen, mit welcher die locale Therapie erdacht und ausgeführt worden ist. Die nämliche Tendenz beobachtet man in der modernen Behandlung von Lungenkrankheiten mit Inhalation, u. s. w. Andererseits ist die ausschliesslich constitutionelle Behandlung localer Krankheiten zu einem gradezu unsinnigen Extrem getrieben, indem man z. B. Patienten welche an Schwindel und Kopfschmerzen durch Accomodationsstörungen der Augen litten, lange Seereisen nach Australien hat machen lassen um ihre Constitution zu kräftigen, wenn dieselben nur eine gute Brille brauchten.

Obwohl ich die Wichtigkeit constitutioneller Zustände für die Entstehung gewisser Nervenkrankheiten und den Werth einer allgemeinen Behandlung derselben nie unterschätzt habe, besonders wo es sich um eine der wichtigeren Dyscrasieen handelt, wie Gicht, Syphilis, Malaria, Struma, u. s. w., so bin ich doch seit langer Zeit der Ansicht gewesen, dass viele scheinbar allgemeine Erkrankungen des Nervensystems in der That örtliche Affectionen gewisser nervöser Bezirke sind, und deshalb ebenso eine locale Behandlung erheischen als andere locale Krankheiten. Ich habe daher in Fällen, welche mir dazu geeignet erschienen, diese Idee auszuführen gesucht, und habe über einige auf diese Weise erhaltene Resultate in der Londoner Vierteljahrschrift „Brain“ (Oktober 1880 und April 1881) einen Bericht erstattet. An diesem Orte nun beabsichtige ich gewisse functionelle

Gehirnerkrankungen der Betrachtung zu unterziehen, welche sich durch Asthenie in den verschiedenen Bezirken dieses Organs kennzeichen, sowie die therapeutischen Resultate von localisirten Anwendungen des constanten Stromes in denselben mitzutheilen.

Bekanntlich ist das Gehirn nicht ein einfaches Organ, welches als Ganzes wirkt, sondern besteht aus einer Anzahl verschiedener Departements oder Bezirke, welche allerdings in der intimsten Verbindung mit einander stehen, von denen aber doch jeder seine eigenthümliche Form und Struktur besitzt, und mit durchaus verschiedener Thätigkeit begabt ist. Alle verschiedenen Theile des Gehirns können an Asthenie leiden, was die ausserordentliche Mannigfaltigkeit der Symptome erklärt, welche man in der Praxis beobachtet; und ich gehe nun dazu über dieselben der Reihe nach zu schildern, wobei ich mit dem höchsten und wichtigsten Theile, nämlich den Stirnlappen anfangen will, welche häufiger zu leiden scheinen als alle übrigen.

1. *Die Stirnlappen.*

Die Stirnlappen welche aus den oberen, mittleren und unteren Stirnwindungen (f^1 f^2 f^3 Ecker) bestehen, stellen die materielle Grundlage aller unserer intellectuellen und moralischen Thätigkeiten dar. Angeborener Mangel oder unvollkommene Entwicklung dieser Theile bedingt die verschiedenen Arten und Grade des Blödsinns und Idiotismus; und Krankheiten oder Verletzungen derselben in den späteren Lebensperioden führen zu tiefen Veränderungen in den moralischen und geistigen Fähigkeiten der betreffenden Personen. Die Stirnlappen fehlen in den niedrigeren Thierformen, werden in den höheren Species allmälig beträchtlicher entwickelt, und erreichen ihre höchste Vollkommenheit im Menschen. Ungewöhnliche Grösse derselben trifft mit der bedeutendsten Entwicklung der geistigen Kräfte zusammen, wie wir sie in grossen Staatsmännern und Rednern, Schriftstellern, Künstlern, Erfindern, Aerzten und Kaufleuten vor uns sehen. Die Stirnlappen setzen uns in den Stand unsere Aufmerksamkeit auf gewisse Gegenstände zu concentriren und unser Bewusstsein zu fixiren, was eine unerlässliche Bedingung für den höchsten Grad der geistigen Thätigkeit ist. Sie erlauben uns Recht von Unrecht zu unterscheiden; sie controlliren und hemmen die tiefer stehenden Centralorgane, welche uns Empfindungen und Begierden geben und uns dadurch zu der Ausführung gewisser Handlungen anreizen; und ohne ihre leitende Thätigkeit würden wir nicht dazu im Stande sein die wichtigsten geistigen Arbeiten, welche wir zu machen haben, auszuführen, noch unsere animalischen Impulse in Ordnung zu halten, so dass die menschliche Gesellschaft wie sie ist, ohne dieselben nicht existiren könnte. Wenn die Thätigkeit der Stirnlappen zeitweilig aufhört, wie z. B. im sog. epileptischen Vertigo oder Automatismus, kommt es leicht zu der Begehung von Verbrechen, wie Mord, Nothzucht und Brandstiftung.

Die Stirnlappen sind denselben Strukturkrankheiten unterworfen wie die übrigen Theile des Gehirns, nämlich der Blutung, Erweichung, den Geschwülsten und der Entzündung; doch können sie auch an einfacher Asthenie ohne irgendwelche organische Veränderungen leiden,

und nehmen wir dann eine Störung der moleculären Ernährung in den Zellen der grauen Substanz an. Solche asthenische Zustände haben verschiedene Ursachen, von denen einige mehr immanent, andere mehr zufällig sind. Ein geschwächtes Nervensystem, welches von den Eltern auf die Kinder vererbt wird; übermässige geistige Anstrengungen; geschlechtliche Unregelmässigkeiten und Ausschweifungen, besonders die Onanie; die Mühen und Sorgen, welche von einem hohen Zustande der Civilisation unzertrennlich sind; und acute Krankheiten, wie Poken, Typhus und Scharlachfieber, schienen mir die häufigsten Ursachen dieses Zustandes zu sein. Das Alter scheint nur wenig Einfluss darauf zu haben, da ich diese Asthenie in fast allen Perioden des Lebens zwischen 15 und 70 Jahren beobachtet habe; was das Geschlecht anbelangt, so scheinen Männer mehr daran zu leiden als Frauen. Ein Umstand der mich besonders frappirt hat ist, dass die meisten Patienten sehr gescheute Leute waren, in denen man daher eine ursprünglich beträchtliche Entwickelung und gute Ernährung der leidenden Theile hätte vorauszetzen können.

Schwäche der Stirnlappen zeigt sich klinisch besonders durch Schwierigkeit die Aufmerksamkeit zu fixiren und dauernde geistige Anstrengungen zu machen. Die Gemüthsstimmung ist unbeständig und befindet sich der Patient entweder in einem Zustande von Rastlosigkeit und Unruhe, oder Apathie und Gleichgültigkeit; zuweilen wechseln diese beiden Extreme mit einander ab. Er kann seine gewöhnlichen Geschäfte nicht versehen, kein ernsthaftes Buch lesen, keiner ernsthaften Unterhaltung folgen, es fällt ihm schwer Briefe zu schreiben oder zu rechnen; die Gedanken vagabondiren in verschiedenen Richtungen, der Patient träumt im wachen Zustande, beginnt vielleicht eine Beschäftigung, hört aber bald damit auf, und sitzt still und stiert vor sich hin. Oft findet man die grösste Gleichgültigkeit und Abneigung gegen geistige Beschäftigungen, während in anderen Fällen das heisseste Verlangen danach existirt, aber die Kraft sie auszuführen mangelt, und trotz aller Anstrengungen kommt nichts dabei heraus.

Im December 1880 wurde ich von einer unverheiratheten 25jährigen Dame consultirt, welche ganz gesund gewesen war bis ihr Vater schwer krank wurde und sie sich in aufopfernder Weise der Pflege desselben widmete; zugleich hatte sie die Aufsicht über eine Schwester zu führen, die ein jähzorniges Temperament hatte und halb verrückt war. Nach dem Tode des Vaters und der Entfernung der Schwester wollte sie sich wieder ihren gewöhnlichen Beschäftigungen hingeben, doch fand sie, dass ihr dies ganz unmöglich war. Sie hatte früher viel gezeichnet, musicirt und anderweitig studirt, bekam aber jetzt wenn sie etwas derartiges unternehmen wollte, so grässliche Empfindungen im Kopfe, dass sie sich auf das Sofa legen und vollkommen still halten musste. Sie konnte keine Seite in einem Buche lesen; wenn sie einen Brief erhielt, so wagte sie nicht denselben aufzubrechen, behielt ihn öfter Stundenlang in der Tasche und bat schliesslich jemand anders, ihn ihr vorzulesen. Sie hatte Abneigung gegen Gesellschaft, und selbst die gewöhnliche Unterhaltung

im Familiencirkel war zu viel für sie. Sie konnte nur ganz kurze Zeit aufsitzen, und brachte den Tag auf dem Sofa zu. Es war nicht das geringste Symptom von Hysterie oder Ziererei vorhanden, im Gegentheil litt Pat. aufs heftigste an der ihr aufgezwungenen Faulheit, da sie von Natur aus ehrgeizig war und sich gern ausgezeichnet hatte. Percussion des Schädels war auf der Stirn schmerzhaft. Sonst waren keine Krankheitssymptome vorhanden, so dass ich den Fall für einen von reiner Asthenie der Stirnlappen erklärte. Diese Ansicht wurde durch den weiteren Verlauf des Falles bestätigt, der günstig war.

Ein 22jähriger Student von Oxford consultirte mich im März 1880. Als er noch ganz jung war, hatte er angefangen stark zu onaniren. Im Alter von 15 Jahren begann er die üblen Folgen dieser Gewohnheit zu verspüren, indem er seine Aufmerksamkeit nicht fixiren und nicht arbeiten konnte, was ihm früher ganz leicht gewesen war. Er fühlte sich ausserdem höchst unglücklich, und dies bewog ihn dem Laster zu entsagen. In den letzten sieben Jahren hatte er die grössten moralischen Qualen erlitten, und war nach und nach immer unfähiger und erschöpfter geworden. Er fühlte „Symptome des herannahenden Wahnsinns“, die er vor seinen Freunden aufs peinlichste zu verheimlichen bemüht war; und eine ursprünglich bedeutende Intelligenz war zu einer gewöhnlichen Mittelmässigkeit hinabgesunken. Er fühlte sich am schlechtesten wenn er allein war, war aber auch in Gesellschaft unglücklich. Sein Gedächtniss war sehr geschwächt. Er litt an Kopfweh in der Stirngegend, besonders des Morgens; konnte kein Buch lesen, spielte gern auf dem Klavier, machte aber beständig Fehler da seine Finger zitterten, schnitt sich beim Rasiren und hatte einen scheuen und leidenden Gesichtsausdruck. Er sagte, dass alle Aerzte die er consultirt, sein Leiden für reine Einbildung erklärt hätten, während er seinen elenden Zustand nur zu sehr als Thatsache empfand. Perkussion der Stirngegend war empfindlich; sonst war kein Krankheitssymptom da.

Ein 54jähriger verheiratheter Bäcker, der mehrere Kinder hatte, kam im Juni 1877 im Hospital unter meine Behandlung. Er hatte immer scharf gearbeitet, und ein vergnügtes Temperament gehabt. Innerhalb der letzten 6 Monate jedoch war er nach und nach ein ganz anderer Mensch geworden. Es war ihm Alles vollständig gleichgültig und er interessirte sich für nichts. Gewöhnlich fühlte er sich so schläfrig, dass seine Freunde ihn der Trunksucht beschuldigten, obwohl er ganz mässig lebte. Er war am Morgen immer am schlechtesten, und sass oft lange auf der Bettkante, stierte vor sich hin und vergass sich anzukleiden. Den ganzen Tag that er gar nichts, und konnte seine Aufmerksamkeit nicht auf die geringsten Vorkommnisse in seinem Geschäfte fixiren.

Da die Stirnlappen gleichfalls Sitz der Sprache sind, lässt sich nur erwarten, dass Patienten, welche an Asthenie derselben leiden, öfter Schwierigkeit haben sich gut und fliessend auszudrücken; da jedoch diese Function in einem begränzten Bezirke dieser Lappen sitzt, nämlich dem Fusse der dritten linken Stirnwindung und ihrer unmittelba-

ren Umgebung, so fehlt dies Symptom in einer ganzen Anzahl von Fällen. In andern ist es übrigens sehr auffallend. Der Patient bringt den angefangenen Satz nicht zu Ende, bricht in der Mitte ab, und verwechselt Wörter. Diese letztere Eigenthümlichkeit wird öfters als ein sicheres Zeichen beginnender Gehirnerweichung angesehen; doch habe ich dieselbe in einer hinreichenden Anzahl von Fällen von Asthenie in den Stirnlappen beobachtet um behaupten zu können, dass ihr eine zeitweilige Erschöpfung des Sprachcentrums ohne Strukturveränderung zu Grunde liegt. Eine weitere Eigenthümlichkeit ist, dass Leute in diesem Zustande, welche mit mehreren fremden Sprachen vertraut gewesen sind, zuweilen die grösste Schwierigkeit haben französisch oder deutsch zu sprechen, wenn ihnen das Engliche ganz leicht fällt; und die welche früher sehr gute Reden in öffentlichen Versammlungen hielten, können dies nicht weiter fortführen.

Ein 68jähriger Staatsman, der einen glänzenden Ruf wegen der grossen Schärfe seines Verstandes, seines phänomenalen Gedächtnisses und seiner grossen Beredsamkeit genossen hatte, consultirte mich im Juli 1880. Er hatte ungefähr ein Jahr lang bemerkt, dass er nicht so fliessend sprechen konnte wie früher; und neuerdings als er im Hause der Lords eine Rede zu halten hatte, kam er ziemlich gut bis zum Ende des ersten Theiles derselben; dann aber riss ihm auf einmal der Faden ab, so dass er, nachdem er eine Zeitlang unverständliches gemurmelt hatte, zu seiner grossen Beschämung sich mit einigen dummen Bemerkungen über seine Schüchternheit (die er gar nicht fühlte) niedersetzen musste. Er fand auch, dass er lange Unterhaltungen, welche er ganz kürzlich über wichtige Gegenstände gehabt hatte, vergass; er konnte die Adresse seiner Freunde nicht erinnern, und vergass was er erst eben gelesen hatte. Er klagte über eine unendliche Leere im Kopfe, als ob sein Gehirn dünn oder flüssig geworden sei. Er machte oft noch sehr gute Witze, schrieb aber nicht so gute Briefe wie früher, und machte Fehler in der Orthographie. Sonst war er ganz gesund; seine Muskelkraft, mit dem Dynamometer gemessen, und auch nach den kräftigen Körperübungen, denen er sich hingab beurtheilt, war sehr gross; und sein Appetit und seine Verdauung waren nie besser gewesen. Sein Alter erregte in mir die Befürchtung, dass ich es hier mit beginnender Gehirnerweichung zu thun hätte; da jedoch sein Herz und seine Arterien nicht die in diesem Zustande gewöhnliche Entartung zeigten, und ausserdem andere bedeutsame Symptome fehlten, schloss ich, dass er an Asthenia frontalis litt; und wurde diese Ansicht auch durch die guten Resultate der Behandlung, welcher ich ihn unterwarf, bestätigt.

Die Fähigkeiten des Sprechens und Schreibens sitzen wahrscheinlich nicht, wie viele glauben, in einem gemeinsamen Centrum, sondern in zwei separaten Centren welche jedoch in sehr naher Nachbarschaft sind. Bei Asthenie dieser Theile kann das Schreiben ebensowie das Sprechen afficirt werden. Zuweilen ist der eigenthümliche Charakter der Handschrift verändert; es scheint ein Hinderniss obzuwalten; es kostet mehr Zeit und Mühe die Buchstaben niederzuschreiben; Wör-

ter werden ausgelassen oder wiederholt, andere werden niedergeschrieben welche gar nicht dahingehören, und Fehler kommen in der Orthographie vor, welche den Patienten sehr in Erstaunen setzen, wenn man ihn darauf aufmerksam macht. Wenn er einen Satz aus einem Briefe oder Buche copirt, sieht er fortwährend nach dem Original, da er nicht mehr als zwei oder drei Wörter aufeinmal im Kopfe behalten kann.

Reizbarkeit oder (um einen Wagner'schen Ausdruck zu gebrauchen) Zornmüthigkeit ist ein weiteres Symptom dieses Zustandes. In vielen Personen ist ein aufgeregtes Wesen der Normalzustand, und deshalb kein Krankheitszeichen; in den Fällen jedoch, welche wir gegenwärtig betrachten, ändert sich ein sonst ruhiges und gemüthliches Temperament ganz plötzlich in auffallender Weise.

Ein 47jähriger Kaufmann war gewöhnlich gesund und ein liebenswürdiger Mensch gewesen, verwandelte sich jedoch, nach starken Geschäftsaufregungen vor zwei Jahren, aus einem Lamm in einen Tiger, besonders in seinen Familien-Beziehungen. Die grössten Kleinigkeiten ärgerten ihn so heftig, dass er ganz ausser sich gerieth und geradezu Zornausbrüche hatte. Dies that ihm nachher immer leid, doch war es ihm unmöglich dagegen anzukämpfen. Seine Intelligenz hatte abgenommen, er nahm seinen Vortheil im Geschäfte nicht mit derselben Schnelligkeit und Schärfe wahr wie früher, und hatte in Folge davon viel Geld verloren. Sein Gedächtniss, besonders für Namen, war schlechter geworden; er schlief schlecht, und trank Bier und Spirituosen im Bett um sich einzuschläfern. Die Conjunctiva war auf beiden Augen stark injicirt und die Verdauung gestört, aber wohl nur in Folge von zu starkem Trinken. Sonst war kein Krankheitssymptom vorhanden.

Schlaflosigkeit ist in dem Zustande, welcher uns jetzt beschäftigt, recht häufig. Gesunder Schlaf ist unmöglich ohne vollständige Aufhebung der Thätigkeit in den höchsten Centralorganen des Gehirns, also den Stirnlappen. Das Rückenmark schläft nicht, denn die Sphincteren bleiben die ganze Nacht hindurch thätig; in der That ist die Reflexthätigkeit der grauen Substanz des Rückenmarks dann eher erhöht, denn viele Patienten die an Tabes leiden, haben Incontinenz am Tage, aber nicht in der Nacht; und Erectionen kommen im Schlafe noch vor wenn sie im wachen Zustande längst aufgehört haben. Das verlängerte Mark schläft auch nicht, agirt aber mit geringerer Energie in der Nacht; denn obwohl das Athmen und die Herzthätigkeit ununterbrochen fortfahren, sind diese Functionen doch nicht so lebhaft als am Tage. Diejenigen Theile des Gehirns, welche wirklich schlafen, sind also hauptsächlich die Centren für die Affecte im Mittelgehirn, und die ganze graue Rinde, einschliesslich der Centren für Empfindung, Bewegung und Bewusstsein. Der Zweck des Schlafes ist, verbrauchte Stoffe aus dem Nerven- und Muskelsystem zu entfernen, welche sich am Tage darin angesammelt haben; den Verlust, welchen die Gewebe durch Arbeit und Thätigkeit erlitten haben, zu ersetzen, und vor Allem einen neuen Vorrath von intra-moleculärem Sauerstoff für den Verbrauch des nächsten Tages anzusammeln. Fortgesetzte Schlaflosigkeit führt daher

bald zu Erschöpfung der Nervenkraft, besonders wenn der Betreffende Nachts unruhig dabei ist. Wenn der Patient ohne geradezu zu schlafen, doch ruht, so kann ein solcher Zustand mitunter unglaublich lange dauern.

Ein 37jähriger Kaufmann consultirte mich im Januar 1877 wegen Schlaflosigkeit, an welcher er seit dem Alter von 21 Jahren, wo er die Pocken hatte, gelitten. Von 15 Jahren an hatte er onanirt, und dies erst vor zwei Jahren aufgegeben. Ehe er die Blattern hatte, konnte er schlafen wann und wie lange er wollte; während der Reconvalescenz von dieser Krankheit jedoch fiel es ihm zuerst schwer einzuschlafen. Anfangs lag er nur 5 oder 10 Minuten wach, bald eine halbe Stunde, und nach und nach kam er dann in seinen jetzigen Zustand hinein, worin er überhaupt gar nicht schläft, und obwohl er still liegt, doch die ganze Nacht nicht sein Bewusstsein verliert, jede Droschke hört, die an seinem Hause vorüberfährt, und jeden Augenblick aufstehen könnte. Gegen 6 Uhr Morgens gerieth er gewöhnlich in einen mehr traumatigen Zustand; vorher kam es nicht einmal dazu. Dies machte ihn so elend und unglücklich, dass das Leben ihm unausstehlich wurde und Selbstmordsgedanken sehr häufig durch sein Gehirn flogen. Er klagte auch über ein unangenehmes kriechendes Gefühl in der Stirn und Nase, Schwere im Kopf, und gelegentlich heftige Schmerzen darin. Seine geistige Kraft, welche früher bedeutend gewesen war, hatte abgenommen, doch war sein Gesundheitszustand sonst gut.

Viele Leute bilden sich ein, dass sie gar nicht oder so gut wie gar nicht geschlafen haben, wenn sie doch wenigstens ein paar Stunden guten Schlaf genossen haben; in dem eben erwähnten Falle aber war der Patient so klug, und hatte seine Selbstbeobachtung so kultivirt, dass man an der Wahrheit seiner Angaben nicht zweifeln konnte.

Die Krankheiten, mit welchen Asthenie der Stirnlappen verwechselt werden kann, sind hauptsächlich die Gehirnerweichung, tumor cerebri, und die allgemeine Paralyse der Irren. Die Diagnose dieser verschiedenen Zustände ist oft sehr schwierig und kann nur mittelst einer höchst sorgfältigen Untersuchung des vorliegenden Falles gemacht werden. Jedes Organ sollte genau untersucht werden, wobei Symptome die fehlen, ebensowichtig sind wie die, welche vorhanden sind. Ich will nun ganz kurz die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale in diesen Krankheiten angeben.

a. *Gehirnerweichung.* Die embolische Form der Erweichung, worin es meistentheils zu einem plötzlichen Anfall von Apoplexie und Hemiplegie kommt, unterscheidet sich scharf genug von der Asthenie; bei Thrombosis dagegen, worin die Gehirngefässe allmählig verstopft werden, gleichen die Symptome, welche man im Anfang der Krankheit beobachtet, denen der Asthenie oft in täuschender Weise. Der Patient fühlt sich confus im Kopfe, das Gedächtniss ist schlecht, und er kann seine Aufmerksamkeit nicht gehörig fixiren, noch so fliessend sprechen wie früher. Schwindel und Kopfschmerzen sind häufig, die letztern entweder im ganzen Kopfe oder besonders in dem Theile welcher haupt-

sächlich afficirt ist. Ein Gefühl von Taubheit, Kriebeln, und Kälte in einer Hälfte des Körpers, oder in mehr beschränkten Bezirken, wird empfunden. Augenmuskeln werden mitunter gelähmt. Das Schreiben, Zeichnen, Anziehen u. s. w. wird unbequem und schwierig; der Gang ist schwankend, der Fuss schleppt am Boden. Wenn eine wichtige Arterie endlich ganz verstopft ist, kommt es gewöhnlich zur Lähmung, welche dann der Paralyse durch Embolie oder Gehirnblutung gleichen kann. Die Thrombose der Gehirngefässe beobachtet man allerdings am häufigsten bei alten Leuten, wo die Herzthätigkeit geschwächt und die Blutgefässe verändert sind; doch kann dieselbe auch in der Jugend vorkommen, nach erschöpfenden Krankheiten, wie Pocken, Typhus, Scharlachfieber, in Folge von Syphilis, und nach übermässigen Strapazen und Entbehrungen. Das Alter allein ist daher kein sicherer diagnostischer Anhaltspunkt. Doch dauern die unklaren Anfangssymptome der Gehirnerweichung selten länger als ein paar Monate, während ähnliche Symptome in der Asthenie Jahrelang fortdauern können, ohne doch schliesslich zur Lähmung zu führen.

b. *Geschwülste des Gehirns* können gleichfalls in ihrem Anfangsstadium mit Asthenie verwechselt werden. Der Tuberkel ist freilich gewöhnlich eine Kinderkrankheit, und meistentheils mit Lungenschwindsucht gepaart, während Krebs selten vor 50 Jahren vorkommt. Dagegen erscheinen syphilitische Geschwülste und Gliome, sowie andere Formen, welche gewöhnlich ihre Ursache in einer äusseren Schädlichkeit haben, zu irgend einer Lebensperiode.

Die ersten Anzeichen eines Tumor sind oft ein allgemeines Gefühl von Unwohlsein, Mangel an Energie, reizbares Temperament und Schläfrigkeit. Das Gemüth ist deprimirt, Pat. weint leicht, es ist ihm Alles gleichgültig und er will, dass man ihn nur in Ruhe lasse. Das Gedächtniss wird schwach, die geistige Aufmerksamkeit kann nicht concentrirt werden. Bald kommt es dann zu Kopfschmerzen, welche wie in der Gehirnerweichung, entweder den ganzen Kopf oder hauptsächlich den Theil worin die Geschwulst sitzt, einnehmen können; dieselben variiren von einfachen Gefühlen von Wundsein, Schwere oder Druck im Kopfe, zu den rasendsten Schmerzen welche dem Patienten mitunter auf längere Zeit das Bewusstsein rauben. Der Schmerz steigert sich durch Druck, Perkussion des Schädels und Reflexbewegungen wie Husten, Niesen, Lachen, Bewegungen des Kopfes, grelles Licht und starkes Geräusch. Schwindel ist gleichfalls vorhanden, Erbrechen und Sehstörungen durch Neuritis optica. Untersuchung der Augen mittelst des Augenspiegels ist schon im Anfang wichtig, da man schon dann die Stauungspapille wahrnehmen kann. Verlust des Geruchs wenn die Geschwulst vorn sitzt; Doppelsehen und Schielen wenn sie auf den 3. 4. und 6. Nerven drückt; Taubheit, Verlust des Geschmacks, des Schlingvermögens, und Heisshunger können auch zugegen sein. Epileptiforme Anfälle stellen sich meist im späteren Verlaufe ein, und nehmen entweder die Form allgemeiner Convulsionen und Bewusstlosigkeit an, oder erscheinen als Krämpfe in einer Seite des Gesichts, der Hand oder dem Fusse. Schliesslich kommt es zu completem Blöd-

sinn, oder Anfällen von Tobsucht mit Hallucinationen, grosser Abmagerung, allgemeiner Paralyse, und Coma. Geschwülste des Gehirns können daher nur in den früheren Stadien mit einfacher Asthenie verwechselt werden.

c. *Allgemeine Lähmung der Irren,* welche auf diffusser chronischer Entzündung des Gehirns und Rückenmarks beruht, kann gleichfalls im Anfangsstadium der Asthenie gleichen. Eines der ersten Symptome dieser Krankheit ist öfters geistige Aufregung; das Temperament ist reizbar, das Gedächtniss geschwächt, und es wird über Schwindel und Kopfweh geklagt. Der Patient hat sonderbare Manieren, verliert seine Herrschaft über sich selbst, und der Verstand wird geringer; die Sprache ändert sich, wird mitunter näselnd oder stotternd, die Pupillen sind ungleich, die Sehnervenpapille ist congestionirt. Ein eigenthümliches Zucken in den Gesichtsmuskeln ist häufig. In diesem Stadium kann die Krankheit noch allenfalls mit Asthenie verwechselt werden; späterhin aber werden die Symptome der Parese, Paralyse, und geistiger Zerrüttung so frappant, dass eine Verwechslung dann unmöglich wird.

Was ist nun eigentlich der Zustand der grauen Nervenzellen bei Asthenie der Stirnlappen? Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten, doch glaube ich, dass wir Einsicht in diesen Zustand bekommen können, wenn wir die Gesetze der elektrischen Strömung mit denen vergleichen, welche die Action der Nervenzellen reguliren. Das Hauptgesetz in der Elektrologie ist das Ohm'sche, welches besagt, dass die Stromstärke der electromotorischen Kraft gleich ist, dividirt durch den Leitungswiderstand, welchen der Strom in der Batterie antrifft. Ebenso lässt sich sagen, dass die nervöse Energie, welche sich kundgibt, der entwickelten Nervenkraft gleich ist, dividirt durch den Widerstand welchem dieselbe in der Nervenzelle begegnet. Der thätige Zustand der galvanischen Batterie wie der centralen Nervenzelle lässt sich daher auf vermehrte Kraft-Production oder verminderten Widerstand beziehen, und der Ruhezustand derselben auf verringerte Kraft-Production oder vermehrten Widerstand. Ebenso daher wie der galvanische Strom sich durch Veränderungen in der electromotorischen Kraft, oder im Widerstande, oder in beiden, modificiren lässt, kann man auch eine Veränderung in der Kundgebung der nervösen Energie, wie wir sie bei verschiedenen Nervenkrankheiten klinisch beobachten, auf Veränderungen in der Nervenkraft, oder in dem Widerstande dem sie begegnet, oder auf beides beziehen.

Diese Analogie liesse sich noch weiter fortführen, wenn man den Leitungswiderstand, welchen man in einer galvanischen Batterie den äusseren oder unwesentlichen nennt, — im Gegensatz zu dem inneren oder wesentlichen Widerstande, welchen der Strom in der Kette selbst antrifft — und welchen der Strom auf seinem Wege durch versche-dene Leiter begegnet mit dem äusseren oder unwesentlichen Leitungiswiderstande vergleicht, welchen die Nervenkraft auf ihrem Wege durch die weissen Leitungsfasern im Gehirn, Rückenmark und den peripherischen Nerven antrifft, und zwar auf irgend einem Punkte in dieser Leitungsbahn.

Bei Asthenie hat man gewöhnlich angenommen, dass die Production der Nervenkraft verringert ist, während man den Leitungswiderstand ganz ausser Augen liess; doch deuten die Symptome, welche in vielen Fällen zur Beobachtung kommen, eher auf vermehrten Widerstand als auf verminderte Kraft-Production hin. Kraft ist wohl noch da, aber der Patient kann keinen Gebrauch davon machen, da er nicht im Stande ist den Widerstand zu überwinden, welchem die Freiwerdung derselben begegnet. Diese Betrachtungen eröffnen uns neue Aussichten auf die Erklärung verschiedener Nervenstörungen, und werden hoffentlich zu weiteren Untersuchungen über diesen Gegenstand Anlass geben.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

125) **Andreas Högyes** (Klausenburg): Ueber den Nervenmechanismus der associirten Augenbewegungen. (Sitzungsberichte der kön. ungar. Academie der Wissensch. Band XI. 1881.)

Verf. unternahm eine Reihe sinnreicher, complicirt ausgeführter und mit grosser Präcision verwertheter Vivisections-Experimente, als deren Schluss-Ergebniss nach seinen vielfach angestellten Control-Versuchen sich folgende Thesen aufstellen lassen.

I. Zur Verwirklichung und normalen Erscheinung der unwillkührlichen associirten Augenbewegungen treten folgende nervöse Theile in Function: 1) die beiderseitigeu drei Augenbewegungsnervenpaare; 2) jene Theile, welche am Boden des IV. Ventrikels und des Aquaeductus Sylvii zwischen der Erhebung der Kerne der Nervi acustici und vorderen Theile der corp. quadrigemina liegen; 3) die beiden N. acust. mit den beiden membranösen Labyrinthen.

II. Alle diese Nervenbestandtheile müssen gleichzeitig und universell thätig sein, um die bilateralen, unwillkührlichen, associirten Augenbewegungen präcis hervorzurufen.

III. Sie bilden vereint einen zusammenhängenden Nerven-Apparat, der auch zur Production der willkührlich ausgeführten Augenbewegungen dient und als Associations-Centrum aller Augenbewegungen in actu ist.

IV. Die Gesammt-Einrichtung dieses associirenden Nerven-Mechanismus besteht a) aus einem assoc. Centrum; b) centripetal, und c) centrifugal leitenden assoc. Bahnen. Das Centrum entspricht dem Sitze der III. IV. VI. VIII. Hirn-Nervenpaarenkerne im Mittelhirn und verläng. Mark. Die centrip. Bahn bilden die zwei N. acust.; die centrifugale die 6 Bewegungsnerven des Bulbus. Der ganze Mechanismus theilt sich in eine rechts- und linksseitige Hälfte, welche durch intercentrale Fasern mit einander verbunden sind, die von den Kernen des Nerv. abducens zu den Nucleolis des contralateralen n. oculomotorius und trochlearis sich hinziehen und im oberen Theile der Raphe sich kreuzen. So besteht demnach der ganze Nervenme-

chanismus aus zwei Reflexbögen, deren centrale Theile in der Medianlinie des Körpers sich treffen und hier mit sich kreuzenden Nervenbahnen in Verbindung treten.

V. Die Richtung dieser Reflexbahnen ist vom membranösen Labyrinthe bis zu den Augenmuskeln die folgende: Von beiden Labyrinthen ziehen associirende Nervenstrecken für beide Augen durch die N. acustici zu den entsprechenden Hälften des associator. Centrums, und weiter von da zu jenen Augenmuskeln, welche das Auge drehen und in medialer Richtung auf derselben Seite rollen, während zu jenen Muskeln, welche den Bulbus nach abwärts und medial drehen, ferner lateralwärts rollen, dieselben nach Decussation ihrer Fasern auf die andere Seite sich begebend auf die centrifugal. Bahnen gelangen. In Folge dieser bilateralen Einrichtung bekommen beide Augen von beiden Labyrinthen Reflex-Reize entweder von der gleichseitigen oder contralateralen Hälfte ausstrahlend.

VI. Es ist anzunehmen, dass von den beiden membr. Labyrinthen unter normalen Verhältnissen diese bilateralen Reflexreizungen auch in der Ruhe-Phase continuirlich sich ergiessen und dadurch die Muskulatur, respective die beiden Bulbi dauernd in einem mittleren labilen Zustande erhalten. Wenn diese Reize sich dann steigern durch Reizungen des einen oder anderen Labyrinthes oder auch anderer Theile der centripetalen Bahn des associat. Centrums, hört das labile Aequilibrium auf und es entsteht allsogleich eine bilaterale Augen-Deviation, welche je nach der Quantität der Reize verschieden ist. Dasselbe ist der Fall, wenn jene Reize sich vermindern. Wenn dann der Weg jener associirenden Reize zu den Augenmuskeln durch Destruction der centripetalen Bahnen oder des Centrums selbst verlegt wird, Unterbrechungen erleidet, verändert sich das labile Gleichgewicht der beiden Augen, zum stabilen, und die Augen werden sowohl zur Ausführung der willkührlichen als auch der ungewollten bilateralen Bewegungen ungeeignet.

VII. Die compensatorischen Augenbewegungen, welche gewöhnlich den Lageveränderungen des Kopfes folgen, sind Störungen des labilen Gleichgewichtes, welche dadurch entstehen, dass das Drehen des Kopfes in verschiedenen Richtungen die von den beiden Labyrinthen sich ergiessenden Reize verschiedenartig, jedoch immer entsprechend der Art der Rotation, nach gewissen Regeln, modificirt.

VIII. Die physiologische Function des Nervenmechanismus der associirten Augenbewegungen besteht demnach darin, dass von den Nervi acustici auf die VI. IV. VII. Nervenpaare ohne Unterlass Reflex-Reize durchströmen, nach deren Qualität in den beiden Augen entweder das labile Aequilibrium sich einstellt, oder die der Kopfhaltung entsprechenden, geregelten bilateralen Augenbewegungen erfolgen. In diesem Nervenmechanismus ist ausser dieser einfachen bilateralen Reflex-Function keine automatische Thätigkeit wahrzunehmen, nachdem in Folge Durchschneidung der N. acustici — der centripetalen Bahn — keine weiteren compensatorischen Augenbewegungen sich einstellen. Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn.)

126) **Clark:** Brain lesions and functional results. (The Alienist and Neurologist 1881. „Selections“ pag. 246.)

Dr. Daniel Clark sucht in seiner Monographie „Brain Lesions und functional results“ zu beweisen, dass, wenn überhaupt von einer Localisation der Hirnfunctionen gesprochen werden darf, diese in den Central- und Basalganglien des Gehirns, nicht aber in der Rinde zu suchen ist. Er führt eine grosse Anzahl von Fällen auf, in welchen nach Traumen die ganze Hirnoberfläche, bald hier bald dort, ergriffen war, ohne dass functionelle Störungen eintraten, und wo diese eintraten, sie doch nicht entsprechender Natur waren. Seine Hauptschlüsse sind: 1. Die centralen Partien des Gehirns sind besser mit Blut versehen, nach dem Modus der Vertheilung und der Quantität des Bluts; sie sind deshalb a priori als die mehr thätigen Theile des Gehirns zu erachten: 2. Da die functionellen Störungen bei Verletzungen ein und derselben Region der Rinde nicht immer dieselben sind, so kann eine solche auch nicht als Sitz eines sogenannten motorischen Centrums angesehen werden: 3. Den pathologischen und experimentellen Thatsachen entsprechen würde dagegen die Annahme, dass sich die motorischen und psychischen Centra in den Basal- und Centralganglien befinden und von der Rinde beeinflusst aber nicht absolut beherrscht werden.

Waehner (Creuzburg).

---

127) **Laborde:** Verletzung des corpus restiforme der medulla oblongata bei einer Taube. (Progr. med. 1881. Nro. 33.)

L. brachte einer Taube am corp. restifor., an der Stelle, wo die Nerven, welche sich zu den canaliculi semicirculares begeben, entspringen, eine Verletzung bei, welche genau die Störungen zur Folge hatte, wie sie bei der Verletzung der halbkreisförmigen Canäle selbst aufzutreten pflegen, nämlich: Rotation des Körpers beim Gang und Flug immer in derselben Richtung. In derselben Gegend muss sich auch der Ursprungskern für den Trigeminus befinden, weil bei dem operirten Thiere eine Ulceration der Cornea eingetreten war, überhaupt dieselben Erscheinungen wie bei einer Durchschneidung des ramus ophthal. vor seinem Eintritt in die Orbita.

Halbey (Bendorf).

---

128) **Nelson:** Atrophie of the right cerebral hemisphere with hypertrophy of the thalamus opticus. Epileptiform attack, left hemiplegia, contracture of the left upper extremites. (The Alienist and Neurologist 1881. „Selections“ pag. 248.)

Es wird über einen von Nelson (Le Progres Medical 1880) veröffentlichten Fall referirt. Ein neunjähriger Knabe hatte seit dem Alter von 2 Monaten an epileptischen Anfällen gelitten, war nach einiger Zeit links hemiplegisch geworden und zeigte bei der Untersuchung neben Hemiplegie der linksseitigen Extremitäten keine Sensibilitätsstörung aber Atrophie der letzteren. In den nächsten zwei Jahren bildete sich Contractur der linken oberen Extremität aus. Die

Section ergab (neben amyloider Degeneration der Leber, der Milz und des Darms) eine erhebliche Atrophie der rechten Hemisphäre; sie wog 365 Gramm, während die linke 490 Gr. wog. Der thalam. opt. rechts erschien so gross und hart, dass man an einen Tumor dachte; die microscopische Untersuchung ergab jedoch nur normale Elemente und eine einfache Atrophie.

Waehner (Creuzburg.)

---

129) **Magnan:** Word Blindness. (The Alienist and Neurologist 1881. „Selections“ pag. 245.)

In den „Selections“ wird über 2 von Magnan (Gazette des Hopitaux 1880) beschriebene Fälle von Wortblindheit referirt, in denen der Kranke einige Wochen nach einem Anfall von rechtsseiteitiger Hemiplegie und Aphasie davon allmählig genas, das zu ihm Gesprochene gut verstand und richtig beantwortete, aber geschriebenes nicht zu lesen vermochte. In einem solchen Falle fand sich bei der Section am hintern Theil der fiss. Sylv. ein hämorrhagischer Herd. M. erklärt sich das Znstandekommen der Wortblindheit dadurch, dass die Verbindung zwischen dem Seh-Centrum und der Broca'schen Windung gestört ist und dadurch die durch das Seh-Centrum hervorgerufenen Vorstellungen nicht in Worte gekleidet werden können: Der Kranke kann sehen, sprechen und hören, aber durch sein Auge keine neue Idee produciren. Es sei deshalb die bessere Bezeichnung „Cerebrale Wort-Blindheit.“ Waehner (Creuzburg).

---

130) **M. Grünstein:** Verlust von Geruch und Geschmack in Folge einer Kopfverletzung. (Medicinskoje obosrenie, Medicische Rundschau, russisch Bd. XVI. p. 158 ff.)

Verf. bespricht folgenden interessanten Fall:

Durch einen heftigen Fall auf den Hinterkopf verlor Patientin, ein kräftiges und gesundes Mädchen von 22 Jahren, das Bewusstsein für fast 24 Stunden, ohne dass Krämpfe oder dergl. eintraten. Aufgewacht hatte sie ausser Kopfschmerz noch ein unangenehmes Gefühl von Leere, das durch Zusammendrücken des Kopfes mittels der Hände vermindert wurde. Ausserdem fühlte sie sich so schwach, dass sie sich nicht allein im Bette aufrichten konnte, doch hatte sie keine Lähmung noch Parese. Eine kleine Wunde etwas nach links von der Mitte des Hinterhauptbeines vernarbte bald, blieb aber auf Druck etwas schmerzhaft. Die einzige bleibende Störung war der vollständige Verlust des Geruchssinnes und fast vollständiger des Geschmacksinnes. Kräftige Lösungen von Kochsalz, Zucker, Weinsäure und Chinin werden nach längerem Orientiren richtig erkannt. Das Chinin erscheint kaum bitterlich, während es ihr früher höchst unangenehm gewesen war. Dabei ist der Tast- und Temperatursinn der Zunge anscheinend vollkommen normal.

Den Geruchsinn anlangend, so wird der Geruch von Thee, Kaffee, Campter, Eau de Cologne, Therbentin etc. absolut nicht wahrgenommen, während gleichfalls die Nasenschleimhaut gegen andere Reize vollständig normal reagirt. Der Geruch des Ammoniak ruft Niesen und Thränen hervor. Im Uebrigen war Pat. vollständig gesund. Geruch und Geschmack kehrten im Laufe eines Jahres zum grössten Theil zurück bei beständigem Gebrauch von Jodkalium.

Verf. nimmt einen par contre coup entstandenen Bluterguss in das Geschmacks- und Geruchscentrum des Gyrus uncinatus einer Seite an, da, wie Verf. richtig bemerkt, ein symmetrischer Bluterguss in die betreffenden Centren beider Hemisphären gar zu unwahrscheinlich ist. Da nun Meynert gezeigt habe, dass die aus dem gyrus uncinatus entspringenden Fasern der nervi olfactorii sich kreuzen, so meint nun Verf. „da also eine Verbindung zwischen beiden Geruchscentren anzunehmen ist, so erscheint es nicht auffallend, wenn bei Schädigung nur eines gyrus uncinatus Anosmie auf beiden Seiten auftritt.“ Mit dem Geschmackssinn, meint er, möge es sich wohl ähnlich verhalten. (Diese Erklärung erscheint mehr als Spiel mit Worten denn als Erklärung. Näher dürfte es wohl liegen, in Analogie mit der vollständigen Aphasie nach Zerstörung des Broca'schen Sprachcentrums einer Seite anzunehmen, dass Zerstörung des Geruchs und Geschmackscentrums einer Seite genügen um vollständigen (bilateralen) Verlust der entsprechenden Sinne zu bewirken).

Buch (Helsingfors).

---

131) **F. A. Mahomed** (London): The pathology and etiology of myxoedema. (The Lancet 1881, 24. XII.)

Verf. bespricht in diesem Aufsatze einzelne Punkte des Krankheitsbildes, in der Absicht zu erforschen, ob wirklich das Myxoedem als Krankheit sui generis oder nur als Complication anderer Krankheiten aufzufassen sei. Bezugnehmend auf eine Arbeit, welche er über chronische Bright'sche Krankheit ohne Albuminurie veröffentlichte, macht er darauf aufmerksam, dass unter 27 Fällen von Myxoedem 15 waren, bei welchen Albuminurie oder andere Symptome chron. Bright'scher Krankheit beobachtet wurden, — letzterem Begriffe gibt Verf. eine weite Fassung — ferner dass bei den bis jetzt veröffentlichten 5 Sectionen jedesmal Nierenerkrankung gefunden wurde. Das Vorkommen von Mucin erklärt Verf. damit, dass wie in den sich organisirenden embryonalen Geweben reichlicher Mucingehalt gefunden werde, so auch bei dem chronischen Oedeme, wenn es anfange, sich zu organisiren, Mucin auftrete. Die nervösen Symptome lassen sich durch Druck der Infiltration auf das Nervengewebe (sei's Hirn, sei's Rückenmark) erklären. Bezüglich des vorwigenden Erkrankens der Frauen weist Verf. darauf hin, dass das weibliche Geschlecht überhaupt zu Erkrankungen des Sympathicus und des vasomotorischen Systems geneigt sei, ebenso auch zu Oedemen unbekannten Ursprungs, von Prof. Laycock als „nervous dropsies“ beschrieben. Durch die Annahme einer Sympathicus-Erkrankung, welche chronisches, sich organisirendes Oedem mit weiteren Folgen setzt, könne man wohl die meisten Fälle erklären. Verf. ist völlig damit einverstanden, dem Zustande einen besonderen Namen zu geben, doch möchte er betonen, dass man es jedenfalls mehr mit einem Symptom, einer Complication, als mit einer eigenen Krankheit zu thun habe.

Karrer (Erlangen).

---

132) **Morvan:** Contribution à l'étude du myxoedème. Du myxoedème en basse Brétagne. (Beitrag zum Studium des Myxoedems. Ueber Myxoedem in der Brétagne.) (Gazette hebd. de Paris 1881, 26. VIII; 2. IX. u. 9. IX. u. 19. IX.)

Verf., welcher schon im Jahre 1875 mit Charcot über diese ihm höchst auffällige und einzigartig erscheinende Krankheit correspondirt, die Veröffentlichung seiner Arbeit aber bisher verschoben hatte, ist in der Lage, wohl die bislang reichhaltigste Casuistik für das Myxoedem zu bringen. Er gibt die Geschichte von 15 Fällen; von welchen er allerdings etliche nur ganz kurze Zeit beobachten konnte. Die Fälle einzeln zu referiren wäre zu weitläufig,, wir beschränken uns auf die angefügten Bemerkungen über Symptomatologie, Diagnose, Aetiologie etc.

Die Krankheitserscheinungen waren im Ganzen dieselben, wie in den schon von anderen Autoren beschriebenen Fällen. *Oedemartige Anschwellung* der Haut, besonders im Gesichte, war das zunächst auffallende Symptom. Das Gesicht verlor dadurch allen Ausdruck. Die Haut selbst zeigte keine Veränderungen, nur eine leichte Abschilferung; die Kranken behielten ihren Teint und ihre Farben während der Dauer der Krankheit; doch waren Lippen und Hände, besonders bei Kälte, livid.

Von Seite des *motorischen* Systems beobachtete Verf. rasche Ermüdung beim Gehen, und Unfähigkeit die Schritte zu beschleunigen, während doch noch eine ziemliche Marschfähigkeit erhalten blieb. Hände und Arme zeigten dieselbe Verlangsamung und Schwäche der Bewegungen; vornehmlich waren die Extensoren ergriffen. Entgegen anderen Autoren spricht Verf. sich dahin aus, dass eine wirkliche Parese der Muskeln vorhanden sei. Er macht darauf aufmerksam, dass in manchen Fällen diese Parese auch andere Muskelgebiete ergreife, so seien in 5 Fällen habituelle Obstipation und in 3 Pulsverlangsamung zur Beobachtung gekommen. Die *Sensibilität* war intact, einzelne *Secretionen* vermehrt, 6 Kranke zeigten reichlichen Ausfluss aus der Nase und Thränenfluss. *Eine Störung der intellectuellen Thätigkeit* zeigte kein Patient. Schwindel und Somnolenz kamen in je einem Falle zur Beobachtung. Alle Kranken klagten über dauerndes Kältegefühl, die Extremitäten fühlten sich auch meist wie Eisschollen an. Kühle und kalte Temperatur bewirkte immer wesentliche Verchlimmerung des Zustandes.

Neben der Verlangsamung der Sprache beobachtete Verf. auch immer Heiserkeit der Stimme; Anschwellung der Zunge sah er nie.

Unter den 15 Patienten des Verf. befand sich nur 1 Mann. Verf. stellt 31 Fälle zusammen (von Gull, Ord, Charcot, Thaon, Hammond, Bourneville) unter diesen befinden sich 27 Frauen und nur 4 Männer.

(Die Mittheilungen von Savage und Inglis sind Verf. unbekannt geblieben Ref.) Was das Verhältniss des Geschlechtslebens zur Erkrankung betrifft, so ergiebt sich nach Verf. Beobachtungen, dass keine Erkrankung vor Eintritt der Pubertät statt hatte, dass Schwan-

gerschaft anscheinend ohne Einfluss auf Eintritt der Erkrankung ist, dass letztere aber die Conceptionsfähigkeit auffällig vermindert.

Als Hauptursache betrachtet Verf. die Einwirkung der Kälte. Mit einer einzigen Ausnahme gehörten seine Kranken der Landbau treibenden Bevölkerung an; dieselben sind den Unbilden der Witterung am meisten ausgesetzt, während das Klima der Bretagne zu Erkältungen disponirt.

Die Krankheit selbst ist nach Verf. eine Neurose des centralen Nervensystems mit Beschränkung auf das motorische System.

Die Therapie ist beinahe erfolglos, nur einmal will Verf. durch Strychnin und einmal durch Faradisation Besserung erzielt haben. Er räth entschieden Aufenthalt in südlichem Klima, wenigstens Verbringung des Winters daselbst.

Karrer (Erlangen).

---

133) **Fr. Meschede:** Die Recurrens-Epidemie der Jahre 1879 und 1880 nach Beobachtungen in der Städt. Krankenanstalt zu Königsberg i/Pr. (Virchow's Archiv. 87. Band. März 1882.)

Verf. hat in dem oben genannten Zeitraum 360 Fälle von Recurrens beobachtet. Aus dem Berichte sei hier nur erwähnt, was über die Mitbetheiligung des Nervensystems gesagt wird. — Gliederschmerzen waren überaus häufig. Mitunter erreichten namentlich Gelenk-, Temporal- und Genickschmerzen eine aussergewöhnliche Intensität. Ausserdem wurden beobachtet: Epilepsie 1, Hemi-Epilepsie 1, Sehstörungen vorübergehender Art 5, Lähmung des rechten Arms 1, Opisthotonus und Nackenstarre 1, schreckhafte Träume 12, Delirien und Psychopathien 36. Ueber die letzteren werden noch ausführlichere Mittheilungen versprochen.

Ein eigenthümliches Phänomen auf dem Gebiete der Gehörsempfindung hat Verf. während seiner eigenen Erkrankung an Recurrens an sich selber wahrgenommen. Bei leichter Berührung der *rechten* Ohrmuschel machte sich ein leises aber deutliches Tönen auf dem *linken* Ohr vernehmlich, während auf dem rechten Ohre ein solches Tönen nicht wahrgenommen wurde, auch nicht bei Berührung der linken Ohrmuschel. Eine ganz leise Berührung der rechten Ohrmuschel mit dem Finger oder ein leises Anstreifen derselben auf dem Kopfkissen genügte schon, dieses Tönen hervorzubringen. Dieses Symptom war am 7. Tage der Erkrankung aufgetreten und 2 Tage später wieder vollständig verschwunden.

Rabow (Berlin).

---

134) **L. Galliard:** Hemichorea ohne Anaesthesie. (Progrès médical 1882 Nro. 2.)

Nach Kopfschmerz ohne Bewusstseinsverlust zeigte eine 73jährige Arbeiterin rechtsseitige leichte Parese und Zusammenhangslosigkeit der Worte bei intacter Sensibilität. Rechtsseitige choreatische Bewegungen. 10 Tage darauf

Rotation des Kopfes nach links, Bewusstseinsverlust, Schorfbildung am Ellenbogen, Tod am 14. Tage. Im Gehirn kleiner hämorrhagischer Herd, linsengross, im hinteren Theil der capsula interna links. Atherom des Circulus Willisii rechts wie links, Hypertrophie des linken Ventrikels.

Rohden (Oeynhausen).

---

135) **Debove:** Recherches sur l'état des os des membres paralysés chez les hémiplegiques. (Progr. med. 1881. Nro. 43.)

D. beobachtete bei Hemiplegischen Knochenfracturen fast nur auf der gelähmten Seite und hier besonders am Oberarmknochen. Die Knochen der gelähmten Seite sollen leichter, der Markkanal weiter und das compacte Knochengewebe dünner sein. Die Haversischen Canäle sollen in ihrem Caliber verdickt sein und mehr Fett enthalten. Es würde sich also um eine wirkliche Osteoporose handeln, welche die Brüchigkeit der Knochen erklärt.

Halbey (Bendorf).

---

136) **Ballet** (Paris): Contribution à l'étude des réflexes tendineux. (Progrès. med. 1881. Nro. 42.)

B. untersuchte die Reflexthätigkeit bei 17 an typhoidem Fieber erkrankten Personen. Er fand bei 7 eine deutliche Verstärkung aller Sehnenreflexe, bei 7 „eher eine Verstärkung als eine Verminderung," am ausgesprochensten am Fusse und endlich waren dieselben in 3 Fällen normal.

Bei den 7 Fällen mit deutlicher Verstärkung der Reflexe waren 2 in der Krankheit selbst beobachtet, 5 kurz nach dem Abfall des Fiebers.

Verf. neigt sich nicht der durch Petit-Clerc vertretenen Ansicht zu, wonach bei Typhus eine Abschwächung oder Verlust der Sehnenreflexe einträte, sondern glaubt in Uebereinstimmung mit Strümpel, dass eher eine Verstärkung derselben mit gleichzeitiger erhöhter spinaler Reflexerregbarkeit stattfinde.

Halbey (Bendorf).

---

137) **Hammond:** On certain conditions of nervous derangement, sonambulism, hypnotism, hysteria, hysteroid affections etc. (Ref. The Journal of nervous and mental disease 1881, pag. 356.)

Das in Chicago erschienene, hier besprochene Buch Hammond's über „gewisse" Zustände nervöser Störung etc. wird von Hammond selbst als neue Ausgabe seines 1876 erschienenen Werkes über „Spiritualismus und andere Ursachen nervöser Störung" bezeichnet. Er glaubt, dass eine mehr allgemeine Kenntniss jener Zustände am besten dem Missbrauch derselben (durch scheinbare Wunder, Ausbeutung des Aberglaubens u. dergl.) steuern wird. Er theilt sein Werk in sieben Kapitel: I. Gewisse Zustände nervöser Störung: II. Einige Phasen der Hysterie: III. Eine andere Phase der Hysterie: IV. Die hysteroiden Zustände — Catalepsie, Exstase und Hystero-Epilepsie: V. Stigmatis-

mus. VI. Uebernatürliche Kuren. VII. Einige von den verschiedenen Ursachen, die zur falschen Auffassung durch die Sinne und zum Aberglauben führen. Alle Kapitel sind durch ausführlich mitgetheilte Fälle illustrirt, und in diesen findet der Ref. den Hauptwerth des Buches, während er gegen die Erklärungsversuche jener Phänomene erhebliche Bedenken geltend macht. Waehner (Creuzburg).

---

138) **Obalinski:** Erfahrungen aus dem Gebiete der Nervenchirurgie. (Przeglad lekarski Nro. 42, 43, 44 und 45. 1881.)

1. Nervendehnung (Neurotonia).

Verf. führte die Nervendehnung in 4 Fällen aus, 2 mal bei Neuritis ascendens, 1 mal bei Tetanus, 1 mal bei Tabes dorsalis.

1. Frl. N. Z. 30 J. alt, neuritis ascendenz in den Armnerven nach Fall auf die Hand. Dehnung der 3 Armnerven centripetal und centrifugal. Strenge Antisepsis. Erfolg Anfangs vorhanden, insofern als die Schmerzen nachliessen. Nach 3 Monaten status ante operationem. Die dann wieder eingeleitete galvanische Behandlung hatte grösseren Erfolg als die früher schon einmal angewandte.

2. Dienstmädchen O. K., 20 J. alt, neuritis ascendenz nach Verletzung des Handtellers durch Glas. Excision der mit dem medianus verwachsenen Narbe nutzlos. Beim Dehnungsversuch zerreisst der Nerv. Ungeheilt.

3. Dienstmädchen R. M., 22 J. alt, Frostbrand beider Füsse. Tetanus nach 19tägigem Verlauf Dehnung des linken ischiadicus nach beiden Richtungen. Tod. Sektionsbefund negativ.

4. T· Z., Landwirth, früher Offizier. Tabes dorsalis. Dehnung beider ischiadici. Strenge Antisepsis. Danach erhebliche Abnahme der peripheren Schmerzen und wochenlange Harnverhaltung. Wegen Rückkehr der schmerzhaften Muskelspannungen in der 5. Woche Dehnung beider crurales. Aufhören der Muskelkrämpfe, ungestützter, aber charakteristischer Gang.

II. Durchschneidung und Excision der Nerven. (neurotomia et neurectomia.)

1. Bauer W. K., 25 J. alt, neuralgia trigemini dextri aus centraler Ursache. Dehnung des Nervus supraorbitalis und Excision eines 1 Ctm. langen Stückes. Kein Erfolg. Später Dehnung und Durchschneidung des nervus inframaxillaris nach Paravicini. Pflegmone. Tod. Sectionsbefund: intracranielles aneurisma der arteria carotis interna dextra.

2. S. A., 60 J. alt, Bauer. Neuralgie des linken inframaxillaris. Vor 2 Jahren Resektion des nervus mentalis mit halbjährigem Erfolg. Resektion eines 1 Ctm. langen Stückes des nervus inframaxillaris. Fortdauer der Sehmerzen in geringerem Grade.

3. Bauer J. S., 52 J. alt, inveterirte Neuralgie des rechten nervus infraorbitalis. Resektion des Nerven nach Wagner mit vorzüglichem Erfolg.

4. Junge Dame mit frischer Neuralgie der rechten Wangen- und Kiefergelenkgegend. Durchschneidung der Zweige des nervus auriculo-temporalis nach Richet. Dauernde Heilung.

Landsberg (Ostrowo).

---

139) **Rumpf** (Düsseldorf): Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel. (Neur. C.-Bl. 1882, 1 und 2.)

R. beschreibt zwei Fälle von Tabes, welche im Hinblick auf physiologische Untersuchungen über die Wirkung elektrischer Hautreize und frühere Erfahrungen mit dem faradischen Pinsel behandelt wurden. Die Behandlung wurde in der Weise vorgenommen, dass der positive Pol sich auf dem Sternum befand, während der Pinsel in Verbindung mit dem negativen Pol zunächst über den Rücken dann über die Extremitäten geführt wurde. Dieselbe Procedur wurde dann mit dem Rücken beginnend nochmals wiederholt. Dauer der Application 10 Minuten. In beiden Fällen trat nach 6—8 wöchentlicher Behandlung eine dauernde Besserung ein, namentlich traten einzelne Symptome, wie die Sensibilitätsstörungen, die Schmerzen, die crises laryngeales etc. vollständig zurück.

Eickholt (Grafenberg).

---

140) **Beard:** How to use the bromides. (The Journal of nervous and mental disease. 1881. pg. 491.)

B. bespricht hauptsächlich die Anwendung der Brompräparate in anderen functionellen Störungen des Nevensystems als der Epilepsie. Eine erfolgreiche Anwendung erfordert meist so grosse Dosen (30—100 Gran), dass möglichst schnell ein vollkommener Bromismus herbeigeführt wird. In diesen grossen Dosen sollte Brom, ausgenommen bei Epilepsie, nur für kurze Zeit gegeben werden und wohl zu beachten ist, dass die Disposition für Bromwirkung bei verschiedenen Individuen durchaus verschieden ist. Wenn die Brompräparate längere Zeit hindurch oder häufig gebraucht sind, sollten sie mit Tonicis abwechseln oder damit combinirt werden. Von den verschiedenen Brompräparaten (Kalium. br., Natrium br., Calcium br., Ammonium br., Lithium br., Magnesia br.) enthält das Kal. brom. am wenigsten (68%), Lithium brom. am meisten (92%) Brom; das Natr. brom. scheint bei schwachem Magen besser vertragen zu werden; die Magn. brom., die zugleich als Tonicum wirken sollte, verursacht leicht Kopfschmerzen und ist etwas bitter. Stets lässt B. das Brom in starker Verdünnung nehmen. — Nur selten ist es auch bei anderen Nervenkranken, als bei Epileptikern, nothwendig, Brom oft, wenn nicht gar längere Zeit regelmässig, nehmen zu lassen. —

Vor allem kommt es nach B. aber auch beim Gebrauch des Broms, wie anderer wirksamer Mittel, darauf an, ihn zur rechten Zeit, nicht zu früh und nicht zu spät, zu unterbrechen.

Waehner (Creuzburg).

---

141) **Pierson** (Dresden): Compendium der Electrotherapie. III. Auflage. (Leipzig, Abel. klein 8⁰. pag. 223. 29 Abb. M. 4. 75.)

Von dem rühmlichst bekannten, schon in mehrere Sprachen übersetzten Büchlein liegt uns die III. Auflage vor, ein Beweis, dass der Verf. es verstanden hat practischen Bedürfnissen gerecht zu werden und literarische Lücken auszufüllen. Das Büchlein, natürlich nicht für den Specialisten, sondern für den practischen Arzt berechnet, giebt

diesem in kurzer, bündiger Darstellung eine volle Uebersicht über die ganze Lehre der Electrotherapie. Was ich in der heutigen Zeit besonders hervorheben will ist die grosse Unpartheiligkeit der Darstellung. Um einzelne Punkte hervorzuheben die mir bei der Lecture aufgefallen sind, so bin ich mit dem allerersten Satze des Buches nicht einverstanden, dass die stat. Electrit. heutzutage so gut wie gar nicht angewandt wird. Das „heutzutage" ist wohl noch aus der I. Aufl. stehen geblieben. Auf pag. 85 vermisse ich bei Aufzählung der motorischen (Untersuchung) Punkte eine Abbildung, während viele andere Abbildungen wie z. B. 3, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 22 u. 23 total überflüssig sind. Dass die Neuralgie des occipit. major (pag. 125) selten ist, kann ich nicht zugeben, auch nicht dass Anaemie und Hysterie besondere ätiolog. Momente bilden, ebenso wenig, dass die galvan. Behandlung gute Erfolge aufzuweisen habe. Mit einer Bepinselung des Nackens mit Jodtinctur bin ich immer schneller und sicherer zum Ziel gekommen.

Die heroische Behandlungsweise der Tabes mit 30 bis 40 Elementen nach Mendel (pag. 175) wäre dem Nicht-Specialisten besser verschwiegen geblieben.

Die Bevorzugung einer, und zwar einer noch sehr neuen und kaum erprobten Batterie durch eine eingehende Beschreibung mit Abbildungen im Anhange halte ich nicht für richtig; ein wissenschaftliches Lehrbuch muss in diesem Punkte ein sehr empfindliches Gewissen haben.

Trotz diesen Ausstellungen empfehle ich das Büchlein doch aus voller Ueberzeugung. Die Verlagshandlung hat es sehr nett ausgestattet.

Erlenmeyer.

---

142) **Drosdow** (St. Petersburg): Die Franklinisation in der Nerventherapie. Vorläufige Mittheilung. (Wratsch 1882, Nro. 8.)

Dr. gelang es bei Anwendung der statischen Elektricität, welche er Franklinisation nennt, deren Stärke dadurch zu reguliren, dass er 1) Leydener Flaschen anwandte, 2) die Conductoren an- und auseinander schob, 3) die, die Elektroden tragenden Messingsäulchen hin und her rückte und 4) einen gewissen Zwischenraum zwischen der Elektrode und dem zu elektrisirenden Object frei liess. Er arbeitete mit der Holtz'schen Maschine, nur unipolar, (wobei der betreffende Kranke nicht isolirt wurde) und mit besonders construirten Elektroden, deren Schnüre durch Glasröhren isolirt waren. Die Elektrode bestand aus einem gläsernen Griffe, an dessen einem Ende ein durchbohrtes Messingstück angebracht ist, welches eine Messingspitze trägt; auf diese Spitze werden Kugeln verschiedener Grösse aufgestellt; in die eingebohrte Oeffnung im Messingstück wird die Leitungsschnur, welche durch gegliederte Glasröhren isolirt ist, befestigt, die Schnur trägt an ihrem anderen Ende Vorrichtungen zur Vereinigung mit den Conductoren und den Säulchen.

Dr. franklinisirte 5—10 Minuten lang mehrere Fälle von rheumatischen und reflectorischen Neuralgien sowie von Muskelrheumatismus und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) schwache Ströme rufen ein Gefühl von Brennen, starke dagegen das von Schlägen an den Stellen, wo die Funken aufschlagen, hervor.

2) die Elektricität verbreitet sich während der Sitzung über den ganzen Körper.

3) In loco wird die Haut anfangs roth, dann gänsehäutig, später vollkommen weiss; führt man längere Zeit die Elektrode auf und ab, so erscheinen auf der Haut weisse Streifen.

4) Die Herzcontractionen vermindern sich auf 4—12 Mal in der Minute (?), der Puls wird voller und oft ist der Harn vermehrt.

5) Gleich nach der Sitzung mildern sich oder verschwinden die Schmerzen, die Kranken fühlen sich an solchen Tagen wohler, die Neuralgien werden nach jeder Franklinisation leichter. In frischen Fällen genügten 3—4, bei einer 12jährigen Neuralgie 15 Sitzungen zu vollständiger Heilung der Krankheit und hat Dr. in seinen 20 Fällen keinen Misserfolg zu verzeichnen.

6) Franklinisirt kann auch der bekleidete Körper werden, was oft sehr zweckmässig ist.

Die Versuche werden fortgesetzt.

Hinze (St. Petersburg).

---

143) **Kleudgen:** Mittheilungen aus der Provinzial-Irrenanstalt bei Bunzlau. (Breslauer ärztl. Zeitschrift 1881, Nro 22.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Erkrankungen des Magens und Darmcanals, welche in Folge von Jauchegenuss zur Beobachtung kamen. Dieselben hatten mit Rücksicht auf das begleitende Auftreten von Roseolaflecken, Milzvergrösserung, Verhalten der Körpertemperatur viel Aehnlichkeit mit einem Typhus.

Die weiteren Mittheilungen sind folgende:

Selbstmord durch Carbolsäure.

Diffuse Gehirnrinden-Sclerose bei einer Idiotin und eigenthümliche Cyste in der Bauchhöhle bei derselben.

Simulation von Epilepsie bei einem 11jährigen Knaben.

Eickholt (Grafenberg).

---

144) **Mendel** (Berlin): Ueber psychische Störungen nach Hirnhaemorrhagien. (Deutsch. med. Woch. 1882. 4.)

Verf. behauptet, dass nach Hirnhaemorrhagie 4 Formen psychischer Störung aufträten: 1) Blödsinn 2) Gemüthsreizbarkeit 3) hallucinator. Verrücktheit 4) allgem. fortschr. Paralyse. Zu Nro. 3 giebt er 3 Krankengeschichten. Epicritisch nimmt er ohne Weiteres einen causalen Zusammenhang an zwischen der Haemorrhagie und der folgenden Psychose; sodann bemerkt er, dass die differenten Krankheitsbilder abhängig seien von dem Sitz, der Ausdehnung der Blutung und den von ihr ausgehenden secundären Veränderungen — Behauptungen für die er den Beweis schuldig bleibt. Als auffällig hebt er hervor,

dass die Formen des Blödsinns in weitaus überwiegender Zahl mit rechtsseitiger Lähmung, also linksseitigem Hirnherd verbunden seien.

Ref. möchte hierzu die Bemerkung von Rosenbach (dieses Centralblatt 1879. pag. 204, Zeile 6 v. u.) heranziehen, der beobachtet hat, dass rechtsseitige Hemiplegien ganz unverhältnissmässig häufiger von Bewusstlosigkeit im Anschluss an den Insult begleitet sind als linksseitige. Erlenmeyer.

---

145) **Gray:** XXXVIII. Anual report of the state lunatic asylum, Utica N. Y. (Albany. Weed, Parsons & Comp. 1881.)

Der Bestand im October 1879 war: 620 Kranke (318 m., 302 w.); neu aufgenommen wurden 468 Kranke (247 m., 221 w.). Entlassen wurden: geheilt 155 (74 m., 81. W.); gebessert 66 (40 m., 26 w.); ungebessert 197 (117 m., 80 w.); nicht geisteskrank 14 (13 m., 1 w.); es starben ausserdem 42 (27 m., 15 w.), so dass also im Ganzen 474 (271 m. und 203 w.) entlassen wurden. Von den Aufgenommenen waren 51 durch körperliche Krankheiten sehr herunter gekommen, 7 davon starben innerhalb der ersten 11 Tage; 7 von den aufgenommenen Frauen waren schwanger, und 3 von diesen kamen in der Anstalt nieder. Von den Aufgenommenen waren 11 nicht geisteskrank; neun davon waren Trinker, einer litt an acuter Meningitis, und 1 an Hystero-Epilepsie. 143 von den Aufgenommenen waren schon vorher in Irrenanstalten. —

Die Anstalt blieb von Infectionskrankheiten frei.

Im Durchschnitt beschäftigten sich von den männlichen Kranken 55⁰/₀; am wenigsten, bis zu 34⁰/₀ herab, in den Monaten November bis März; von weiblichen Kranken waren durchschnittlich 59,94⁰/₀ beschäftigt, am meisten in jenen Wintermonaten.

Als erblich belastet wurden 160 von den 468 Aufgenommenen gefunden und zwar 82 Männer und 78 Frauen; von mütterlicher Seite 57 (28 m., 29 w.), von väterlicher Seite 55 (29 m., 26 w.), von mütterlicher und väterlicher Seite 10 (5 m., 5 w.) sonst noch 38 (20 m., 18 w.)

Nach der Diagnose wurden 133 an „Melancholie“ 103 an „acuter“ Manie Leidende aufgenommen. Neben diesen an acuter Manie Leidenden führt er an als an „sub-acuter“ Manie Leidende 50, an „chronischer“ M. 55, an „periodischer“ 8, an M. „mit Paroxysmen“ 6.

Gray theilt schliesslich in extenso die in der Juni-Sitzung 1879 des berliner psychiatrischen Vereins lebhaft gepflogene Discussion über die Restraint-Frage mit und bekennt, dass er zwar Anhänger des non-restraint, aber nicht des absoluten ist.

Waehner (Creuzburg).

III. Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung vom 19. Februar 1881. (Corresp. der Schw. Aerzte 1882, 1. März.)

146) **Kaufmann** demonstrirt einen Patienten bei dem er die *Nerventransplantation* gemacht hat. Bei einer Sequestrotomie wurde der N. radialis an seiner Umschlagstelle um den Humerus durchschnitten, wodurch Radialisparalyse entstand mit vorwiegender Betheiligung der motorischen Sphäre. Es blieb bei der beabsichtigten Nervennaht ein Zwischenraum beider Enden von 3,8 Cent.; eine Annäherung war der Ellenbogen-Ankylose wegen nicht möglich, und so wurde ein 4 Ctm. langes *Stück vom Ischiadicus eines Hundes* transplantirt. Heilung grösstentheils per primam. Ueber die Herstellung der Nervenleitung kann Vortr. noch nichts Sicheres angeben. Eberth meint in der Discussion, dass das transplantirte Nervenstück ebensogut resorbirt als eingeheilt sein könne, was Kaufmann in Abrede stellt, weil keine Temperatursteigerung im Verlaufe der Heilung zu beobachten gewesen, und weil das Operationsgebiet stark narbig ist.

(Sitzung vom 12. März 1881.)

147) **v. Muralt** stellt einen Knaben vor, bei dem er vor 3 Jahren die *Dehnung des N. radialis* gemacht hat. Der Knabe kam mit Radialislähmung, veranlasst durch eine schief geheilte Fractur im unteren Drittel des Oberarms zum Vortr. 4 Wochen seit dem Trauma waren verflossen, mehrere Wochen Inductions- und constanter Strom ohne Erfolg angewandt. Dehnung des Nerven, wo er über die Fracturkante gespannt und mit dem Callus leicht verwachsen war. Prima intentio. Volle Heilung. Goldstein (Aachen).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Ueckermünde (Pommern), Assistenzarzt, sofort, 1200 Mark, freie Station. 2) Feldhof bei Graz (Steyermark, Director, 2400 fl. ö. W., 240 fl. Theuerungszuschuss, freie Wohnung etc. Meldung an den Steyermärkischen Landesausschuss in Graz. 3) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis. Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 4) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 5) Schwetz, Volontairarzt. 6) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station. 7) Blankenhain (bei Weimar), Assistenzarzt, Ostern, 600—900 M., fr. Station. 8) Marsberg (Westphalen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M. fr. Station. b) Assistenzarzt, 1. Mai, 1200 M., fr. Station. Nichtkatholiken ausgeschlossen. 9) Die Kreisphysicate: Daun (Trier) Deutsch-Krone (Marienwerder), Eisleben (Merseburg), Grottkau (Oppeln) Lyk (Gumbinen), Militsch (Breslau), Neisse (Oppeln).

Besetzte Stelle. Thonberg bei Leipzig (Privatirrenanstalt des Dr. Güntz), Assistenzarzt, Herr Dr. Benecke.

Ernannt. Dr. Martin Bernhardt, Privatdocent in Berlin zum ausserordentlichen Professor.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig,
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. April 1882. Nro. 8.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Ueber Asthenie des Gehirns.

Von Dr. JULIUS ALTHAUS in London.

(Schluss.)

Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass gewisse Veränderungen in der Production der Kraft sowohl wie in dem Leitungswiderstande, welchem die Kundgebung derselben begegnet, von gewissen Ernährungsstörungen in den centralen Nervenzellen abhängen, welche wiederum in innigem Zusammenhange mit der Zufuhr des Bluts und intra-moleculären Sauerstoffes zu denselben stehen. Ein Mittel, welches im Stande ist diese Ernährungsstörungen günstig zu beeinflussen, wird daher wahrscheinlich bei Asthenie therapeutisch zu verwerthen sein,

Nun ist es experimentell nachgewiesen, dass das Kaliber der Arteriolen im Gehirn durch die Einwirkung des constanten galvanischen Stromes auf dasselbe geändert werden kann; während die klinische Erfahrung uns überzeugt hat, dass durch ein solches Verfahren die Energie der Nervensubstanz erhöht, ungebührlicher Widerstand überwunden, und ein besseres Gleichgewicht in den Functionen des Gehirns hergestellt werden kann. Solche Wirkungen müssen grösstentheils aus einer Modificirung der molecularen Veränderungen herrühren, welche beständig in den Nervenzellen, der Neuroglia, den Blut- und Lymphgefässen, und der Flüssigkeit in den Ventrikeln und zwischen den Gehirnhäuten, durch die catalytischen, electrolytischen und electro-mechanischen Wirkungen des Stromes vor sich gehen.

Dass ein constanter Strom der auf die Kopfhaut applicirt wird, wirklich das Gehirn durchfliesst, ist jetzt von Allen, welche diesen Gegenstand studirt haben, zugegeben, und ist es deshalb überflüssig weitere Beweise für diese Behauptung beizubringen. Bei Asthenie der Stirnlappen wenden wir daher den Strom auf die Stirn an, und haben in einer Anzahl von Fällen weiter keine Anwendungsmethode für nöthig befunden. Da übrigens die vasomotorischen Centren im verlängerten Mark und Cervicaltheile des Rückenmarks einen bedeutenden Einfluss auf den Kreislauf des Blutes in allen Theilen des Gehirns haben, so ist es häufig angezeigt gleichfalls auf diese Organe zu wirken, welches geschieht indem man einen Stromgeber an den Hinterkopf und Nacken, den andern auf die Stirne ansetzt.

Das beste Material für Electroden ist Kohle, welche dick mit feinem Schwamm überzogen wird. Wenn blos ein dünner Ueberzug von Flannell oder Wasch-Leder gebraucht wird, und wenn überdies die Electroden klein sind, so entsteht leicht eine ungebührliche Reizung der Haut und des Periosteum, welche nicht blos dem Patienten überflüssige Schmerzen verursacht, sondern auch zeigt, dass der Strom ungebührlichen Widerstand auf seinem Wege durch das Gehirn findet und die äusseren Theile nicht so leicht durchdringt als er sollte.

Die Conductivität verschiedener Personen ist sehr verschieden; und es lassen sich daher keine genauen Regeln für die Anwendung so und sovieler Milliweber oder (um ganz modern zu sein) Milli-Ampères geben. Doch lässt sich im Allgemeinen sagen, dass der Strom der für die meisten Fälle passt, $1/2$ bis $1 1/2$ Milliweber stark sein sollte. Die feineren Schattirungen welche man braucht, verschafft der Rheostat. Der Strom sollte von 1 bis 3 Minuten in einer Richtung durch die Stirnlappen oder das ganze Gehirn fliessen, und dann ebenso lang in der entgegengesetzten Richtung; und es ist oft gut die Sitzung mit Kathodenstrichen über die Stirn zu schliessen, besonders wenn Pat. über Kopfschmerzen oder Völle und Schwere im Kopfe klagt. Diese Anwendung ist vollkommen schmerzlos wenn sie richtig gemacht wird.

In den meisten Fällen von Asthenie der Stirnlappen, welche ich auf diese Weise behandelt habe, waren die Resultate sehr günstig, und kann ich daher sagen, dass die Prognose auch im Allgemeinen

gut ist. So erklärte der Patient bei dem die Masturbation Veranlassung des Leidens gewesen war, (Fall 2) bald nach dem Beginn der Behandlung, dass er sich als ein ganz anderer Mensch fühlte. Er war zuerst seit 7 Jahren einmal wieder seines Leben froh geworden; konnte Minuten lang arbeiten ohne dass ihm dies schadete, hatte Morgens keine Kopfschmerzen mehr, schnitt sich nicht mehr beim Rasiren, spielte besser Klavier und fühlte sich überhaupt kräftiger und energischer. Dies war im Januar 1880, und hatte Pat. damals 14 Sitzungen. Im Juni desselben Jahres schrieb er mir, dass sein jetziger Zustand sich zu seinem früheren verhielte wie Licht zu Finsterniss; doch fühlte er sich noch nicht vollkommen wohl und bat mich daher die elektrische Behandlung noch eine Zeitlang fortzusetzen. Er hatte nun weitere 8 Sitzungen, mit sehr gutem Erfolge. Im Januar 1881 hörte ich dass Pat. ganz gesund war, und dass in Folge der Behandlung sich sein ganzer Lebenslauf vollständig geändert hatte. In dem Falle des 68jährigen Staatsmannes welcher oben beschrieben ist, schien die Prognose wegen seines vorgerückten Alters ziemlich ungünstig; doch nahm bereits die erste Anwendung des Stromes das leere Gefühl, welches er im Kopfe gehabt hatte, fort, und er fühlte eine „behagliche Völle" darin. In diesem Falle wurde die Behandlung sechs Wochen" lang fortgesetzt, und zeigte sich bald eine bedeutende Besserung in der geistigen Energie und im Gedächtniss. Fünf Monate später erhielt ich die Mittheilung, dass die Behandlung durchweg erfolgreich gewesen war.

Man hört mitunter die Behauptung aussprechen, dass in solchen und ähnlichen Fällen die Leiden der Patienten blos imaginär sind, und dass irgendwelche Resultate der Behandlung von dem Eindrucke herrühren den dieselbe auf den Geist macht. Es ist wohl kaum nöthig diese Ansicht zu bekämpfen, da Niemand, der solche Fälle genau studirt und analysirt hat, derselben huldigen kann. Ich bin fest davon überzeugt, dass die Leiden der neurasthenischen Patienten ganz so reel sind wie die von Andern, welche an Geschwülsten im Gehirn und anderen organischen Krankheiten leiden und zuweilen sogar noch schlimmer und peinlicher; dass ein blosser Eindruck auf den Geist nicht hinreicht ihren Zustand durchgreifend zu ändern; und dass die Aerzte, welche diese Fälle mit Achselzucken behandeln, einen grossen Fehler begehen da sie die Patienten dadurch oft in die Hände von Quacksalbern treiben.

Mit Bezug auf die Behandlung denke ich gar nicht daran zu behaupten, dass die Electricität das einzige Mittel für Asthenie des Gehirns, noch dass dieselbe unfehlbar sei; im Gegentheil finden sich häufig Indicationen für den Gebrauch von Arzneien, welche tonisirend und alterativ auf das Nervensystem einwirken, wie z. B. Secale cornutum, Phosphor, Arsenik, Strychnin, Jodkali, Bromkali, Silbersalpeter, und Silberphosphor, Gold- und Kaliumchlorid u. s. w. sowie auch für eine allgemeine hygieinische Behandlung, Reisen u. s. w. Trotzdem bin ich der Ansicht, dass kein Mittel so direkt auf die Krankheit einwirkt wie die Electricität, wenn dieselbe richtig angewendet wird; und dass diese letztere besonders für schwere Fälle passt, welche be-

reits anderweitig erfolglos behandelt worden sind. In der That war bereits in sämmtlichen Fällen, welche in meiner Praxis vorkamen, eine passende ärztliche Behandlung eingeleitet gewesen, ohne dass dieselbe etwas genutzt hätte und waren die Wirkungen deswegen unstreitig der Anwendung der Electricität zuzuschreiben.

2. *Die motorischen Centren des Gehirns.*

Die motorische Region der Gehirnrinde besteht aus den grauen Windungen, welche die fissura Rolandi umgeben, nämlich der vorderen und hinteren Centralwindung und dem Lobulus paracentralis, welche in inniger Verbindung mit den Centralganglien und den tiefer gelegenen Gebilden stehen. Sowohl die höheren wie die niedrigen motorischen Centren können an Asthenie ohne organische Krankheit leiden. Die Patienten haben dann keine Ausdauer in ihren Bewegungen, ohne dass jedoch Parese oder Paralyse vorliegt; die Muskeln ermüden leicht und werden schmerzhaft nach geringen Anstrengungen; ein Gefühl der Schwere findet sich in allen Gliedern, welches besonders des Morgens „bleiern" ist. Zuweilen kann die Schwäche sich zu wirklicher Parese oder Paralyse steigern. Ausserdem kommt ein unbehagliches Gefühl von Rastlosigkeit in den Gliedern vor; der Patient kann nicht ruhig auf einem Stuhle sitzen, sondern läuft von einem Zimmer in's andere, oder kann nicht im Hause bleiben, und muss heraus in die frische Luft.

Ein weiteres eigenthümliches Symptom, welches nur mit Asthenie der motorischen Centren zusammen zu hängen scheint, besteht in fibrillären Muskelzuckungen. Vorübergehende Zuckung im unteren Theil des Orbicularis palpebrarum ist so häufig, dass man es meistentheils unbeachtet lässt; doch sieht man entweder diese oder eine etwas verschiedene Art von Tremor in den Muskeln der Arme und Beine, was mehr Aufmerksamkeit auf sich zieht. Es sind dies entweder kurze, schnell eintretende und wieder verschwindende Zuckungen, wie sie durch Faradisirung der Muskeln erregt werden können; diese kommen besonders im Deltoides, Biceps brachii und Quadriceps femoris vor; oder wir haben es mit den langsamen und mehr kriechenden Bewegungen zu thun, welche ein so hervorragendes Symptom in der progressiven Muskelatrophie bilden. In 2 Fällen dieser Art welche ich gesehen habe, war die Diagnose dieser Krankheit von competenten Aerzten gemacht worden, mit ungünstiger Prognose, wodurch die Patienten und deren Familien in die höchste Besorgniss gerathen waren. Es fehlte übrigens jedes Symptom der Atrophie, und der weitere Verlauf der Fälle welcher günstig war, zeigte ganz klar, dass wir es mit einer rein functionellen Affektion zu thun hatten. Es ist daher wichtig zu wissen, dass solche träge Muskelzuckungen nicht nothwendigerweise auf die Entwicklung der progressiven Muskelatrophie hinzudeuten brauchen.

Ein allgemeiner Tremor, welcher besonders nach gemüthlichen oder geschlechtlichen Aufregungen vorkommt, rührt gleichfalls von plötzlichem Mangel an Kraft in den motorischen Centren her, und die convulsiven Stösse oder das Auffahren des ganzen Körpers oder ein-

zelner Glieder, welche oft grade vor dem Einschlafen vorkommen, haben dieselbe Pathologie. Die Prognose und Behandlung der Asthenia parietalis ist der der Asthenia frontalis analog.

3. *Die cerebralen Empfindungscentren.*

Centralorgane für die Empfindung von Eindrücken, welche auf die Sinnesnerven gemacht und von diesen fortgeleitet werden, liegen nach Ferrier's Untersuchungen in bestimmten Bezirken der Schläfen-Keilbeinlappen.

a) Das *Centrum auditorium* scheint in der oberen Schläfen-Keilbeinwindung zu sitzen. Wenn dasselbe bei einem Thiere zerstört wird, so folgt Taubheit an der gegenüberliegenden Seite, während Faradisation desselben Theiles dem Corpus vile eine horchende Stellung gibt. Gewiss sind viele Fälle von *nervöser Taubheit*, welche ohne Strukturveränderungen im mittleren oder äusseren Ohre existiren, und welche man gewöhnlich der Unfähigkeit des Hörnerven, Schall wahrzunehmen, zuschreibt, in der That einem Mangel an Kraft im Centrum auditorium zuzuschreiben; und diese Ansicht ist auf eine Anzahl von Fällen basirt, in denen nervöse Taubheit durch Galvanisirung der Schläfen-Keilbeinlappen geheilt oder gebessert wurde. Auch der entgegengesetzte Zustand kommt vor — nämlich *Hallucinationen des Gehörs.* Diese letzteren, welche bei Wahnsinnigen so häufig sind, rühren von Hyperästhesie der Centra auditoria her, und können ohne jegliche Strukturveränderung existiren. Der folgende Fall, welcher unlängst in meiner Praxis vorkam, ist recht interessant;

Ein 38jähriger verheiratheter Mann hat seit einigen Jahren an epileptischen Krämpfen gelitten, wegen deren er mich im Februar 1879 consultirte. Sein Gedächtniss war schlechter geworden, aber sein Verstand und sonstige geistigen Fähigkeiten waren ganz gut. Eines Morgens kam er in grosser Bestürzung zu mir, und sagte, dass er fürchtete wahnsinnig zu werden, da er seit einigen Tagen akustische Hallucinationen habe, ohne dass er wusste woher dieselben kamen. Er hörte beständig Stimmen hinter sich, welche ihn ausschimpften und über seine Geldverhältnisse und seinen Gesundheitszustand absprechende Bemerkungen machten; und die Angst wegen dieser Sinnestäuschungen liess ihm keine Ruhe. Ich hielt dieselben für ein Zeichen von Hyperästhesie in den Centra auditoria und wandte den constanten Strom 5 Minuten lang auf die entsprechende Seite des Schädels an. Unmittelbar nach dieser Application waren die Sinnestäuschungen verschwunden, und sind auch nie wiedergekommen.

b) Die *Centren für Geruch und Geschmack* sitzen nach Ferrier in dem Subiculum cornu Ammonis. Zerstörung dieses Theiles bei einem Thiere führt zu Verlust des Geruches, während Faradisation desselben das Thier schnüffeln macht. Höchst wahrscheinlich ist die Hemi-Anosmie hysterischer Frauenzimmer, welche ein integraler Theil der bei ihnen so häufigen Hemi-Anästhesie ist, einer Neurose dieses Centrums zuzuschreiben. Die Hyperaesthesia olfactoria welche so häufig in gewissen Phasen des Wahnsinns, der Hysterie und Epilepsie vorkommt, rührt wohl unzweifelhaft von ungebührlicher Erregung der Nervenzellen im Centrum olfactorium her, welche allmälig sich auf die Zellen der motorischen Windungen und Faserzüge ausbreitet, und

dann mit einem epileptischen Anfall endigt. Uebrigens habe ich bei asthenischen Patienten keine Symptome von Mangel an Kraft in den Geruchs- und Geschmackscentren des Gehirns beobachtet.

c) Die *Centralorgane für die gewöhnliche Empfindung* sitzen nach Ferrier in der Gegend des Hippocampus. Symptome welche auf Asthenie dieser Theile hindeuten, sind recht häufig. So z. B. ein Gefühl von Taubheit, brennender Hitze oder eisiger Kälte, Ameisenkriechen, Prickeln wie von einem Senftpflaster, Kriechen, Schwere, Druck, Völle, Empfindlichkeit, und eine ganze Menge anderer Sensationen. Die Arme, Beine und der Körper können leicht „einschlafen", bei nur mässigem Druck, sodass die Patienten genöthigt sind am Tage ihre Stellung häufig zu wechseln, und in der Nacht mitunter ganz erstarrt aufwachen. Reibung und Veränderung der Lage genügt gewöhnlich diese Taubheit zu vertreiben. Vage Schmerzen die oft einen neuralgischen Charakter tragen, kommen auch in allen Theilen des Körpers vor; und Empfindlichkeit des Schädels, besonders in der Schläfengegend, ist recht häufig.

d) Das *Sehcentrum* liegt nach Ferrier im Gyrus angularis, und ist wahrscheinlich in Fällen geschwächter Sehkraft, in denen die genaueste Untersuchung der Augen nichts Krankhaftes entdecken lässt, von Asthenia befallen.

4. *Die Hinterhauptslappen.*

Die Functionen dieser Theile sind noch recht unklar. Ihre Struktur ist sehr von den weiter nach vorn gelegenen Gehirn-Partien verschieden, und erhalten sie auch ihre Blutzufuhr aus einem ganz anderen Gefässsystem. Wahrscheinlich stehen sie mit den grossen Eingeweiden, dem Magen, der Leber und den Geschlechtsorganen in Verbindung und sind Centralorgane für den Appetit, den Durst, die Geschlechtsbegierde, sowie für Stimmung und Temperament. Mangel an Kraft in den Hinterhauptslappen scheint gewöhlich mit den verschiedenen Formen der Melancholie verbunden zu sein, und findet sich dabei gewöhnlich Verlust des Appetits und des Geschlechtstriebes:

Eine 28jährige verheirathete Dame hatte ihre erste Entbindung im Juli 1877. Bis dahin hatte sie sich der besten Gesundheit erfreut, und war heiter und vergnügt gewesen; bald darauf jedoch kam es zu einer völligen Veränderung in ihrer Stimmung. Sie fasste eine Abneigung gegen ihren Mann, verlor alles Interesse an ihren häuslichen Angelegenheiten, und wurde mürrisch und verdriesslich. Sie weigerte sich auszugehen und sass den ganzen Tag in einer Ecke des Zimmers und that nichts. Wenn sie sich unterhielt, so war dies über religiöse Gegenstände wofür sie sich früher sehr mässig interessirt hatte; und sie lass bloss die Bibel. Sie war fest davon überzeugt, dass sie in die Hölle kommen müsste. Wenn ihre Familie versuchte mit ihr über diese Sachen zu sprechen, wurde sie nur noch starrköpfiger, und ärgerte sich über die Einmischung derselben. Ich sah sie zuerst im März 1878. Sie hatte einen bösen Gesichtsausdruck; die Pupillen waren sehr weit; die Zunge belegt, die Sprache langsam und gemessen. Ich hatte viele Schwierigkeit Antworten auf meine Fragen zu bekommen, welche Pat. offenbar für impertinent hielt. Der Appetit war schlecht, die Oeffnung träge, die Menstruation regelmässig. Phosphor, Strychnin u. a. Arz-

neien wurden nun angewandt, und Pat. vom Hause fortgeschickt um einen vollständigen Wechsel der Umgebung zu erhalten. Als nach zwei Monaten jedoch nicht die geringste Veränderung in ihrem Zustande eingetreten war, schritt ich zur Anwendung des constanten Stromes an das Hinterhaupt. Bald zeigte sich nun Besserung; Pat. hatte 20 Applicationen, und war danach in einem ganz anderen Zustand. Sie war allerdings noch etwas schweigsam und reservirt, doch im Ganzen heiterer, und interessirte sich mehr für ihre Angelegenheiten, ging öfter aus, hatte besseren Appetit, und nicht mehr die religiösen Ideen von früherhin.'

Krankhafte Begierden, welche bei Neurasthenie so häufig sind, rühren höchst wahrscheinlich von Mangel an Kraft in dem Hinterhauptslappen her. So kommt die Gier nach Alkohol in seinen verschiedenen Formen, nach Tabak, Opium, Chloral, Bromkali u. s. w.; nach geschlechtlichen Ausschweifungen und Unregelmässigkeiten, wie Onanie; Heisshunger u. s. w. vor, wenn die controllirende Kraft der höheren Centren geschwächt ist, und die niedrigen Centren, welche den thierischen Gelüsten und Leidenschaften dienen, auf ihre eigene Faust agiren. In solchen Fällen sind die Pupillen gewöhnlich sehr weit, und reagiren nicht besonders auf das Licht; die Conjuctiva ist congestionirt. Der Patient bewegt sich oft in einem circulus vitiosus, indem, wenn er der Trunksucht nachgibt, andere üble Gelüste auftauchen, deren Befriedigung ihn dann wieder so schwächt, dass er von neuem trinken muss u. s. w. Fälle von Dipsomanie und übermässigem Trinken, sowie von Opiumessen und Tabakrauchen, bei denen die Anwendung des constanten Stromes sich als günstig erwies, finden sich in meinem „Treatise on Medical Electricity, 3. Auflage, p. 495 mitgetheilt.

5. *Das Cerebellum.*

Das kleine Gehirn wurde für den Sitz des Geschlechtstriebes und der männlichen Potenz gehalten; diese Ansicht ist jedoch ganz unhaltbar und sehen wir das Organ jetzt als Centrum für das Gleichgewicht des Körpers an. Das beständigste Symptom von Geschwülsten im kleinen Gehirn ist Schwindel; und wenn man dieses Zeichen bei asthenischen Patienten ohne organische Affection des kleinen Gehirns antrifft, so können wir uns den Schluss auf einen Mangel an Kraft im Cerebellum erlauben.

6. *Das Mittelgehirn.*

Die Varolsbrücke und Vierhügel, welche das Mittelgehirn bilden, haben ausser andern Functionen, höchst wahrscheinlich besonders die Gemüthsaffecte und Leidenschaften an sich gebunden, und sind bei den Gefühlen von Furcht, Schrecken, Vergnügen, Schmerz u. s. w. thätig, wahrscheinlich in Verbindung mit den Hinterhauptslappen. Sie dienen jedenfalls dem Ausdruck der Affecte und Leidenschaften, wie dem Lachen, Weinen u. s. w. welche gewöhnlich ganz unwillkürlich und ebenso wie die Affekte selbst, von dem Verstande ganz unabhängig sind.

Die Symptome, welche ich auf Mangel an Kraft im Mittelgehirn beziehen möchte, sind höchst mannigfaltiger Art. Viele Patienten leiden

an Gefühlen von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Mangel an Selbstvertrauen, Unruhe, Scheu in der Gesellschaft, Furcht allein zu sein oder auf grossen Plätzen sich zu finden (Westphal's Agoraphobie) oder in engen Räumen zu sein, im Zimmer zu bleiben; Furcht, dass man gewisse Krankheiten bekommen könne (Hypochondrie) oder dass ein Feuer im Hause ausbrechen werde. Manche fürchten sich davor aus dem Fenster oder von Säulen oder Galleriesitzen im Theater herunterspringen zu müssen; wenn sie ein Messer sehen, fürchten sie sich davor, dass sie sich selbst den Hals abschneiden oder ihre Kinder umbringen müssen u. s. w. Solche krankhafte Befürchtungen und Affecte verbittern vielen Leuten ihr Leben, und finden dieselben weder bei ihren Freunden noch bei dem Arzte Sympathie. Diese Symptome sind selten bei organischen Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten und lassen sich bei Männern gewöhnlich auf geschlechtliche Verirrungen zurückführen, wie Onanie oder das übermässige Caressiren von Frauenzimmern ohne dass es zu der naturgemässen Erleichterung kommt; während bei Frauen Uterinstörungen gewöhnlich der Sache zu Grunde liegen.

7. *Das verlängerte Mark.*

Dies ist der lebenswichtigste Theil des ganzen Körpers und enthält zahlreiche Centren von der höchsten physiologischen Bedeutung in einem kleinen Raume zusammengedrängt. Die meisten dieser Centren können entweder separat oder collectiv an Asthenie leiden. Einige Arten von habituellem Husten, Athemnoth, Neigung zu Anfällen von Bronchitis, Asthma u. s. w. sind ganz sicher einer Schwäche des *respiratorischen Centrums* in der Oblongata zuzuschreiben. Das Centrum welches die *Herzthätigkeit* regulirt, kann ähnlich afficirt werden; denn bei vielen Patienten findet man einen zitternden, unregelmässigen und leicht zusammendrückbaren Puls, der von 40 bis 120 und noch mehr in der Minute schlägt. Meistens ist der Puls beschleunigt, was auf Mangel an Controlle Seitens des Vagus, oder vielmehr des Vagus-Centrum im verlängerten Marke hinweist. Herzklopfen, besonders nach oder bei Gemüthsaffekten, mit Schmerz oder Druckgefühl ist häufig, und zuweilen hört die Herzthätigkeit einen Augenblick ganz auf, so dass der Patient sich fühlt als ob er stürbe, und zuweilen wirklich ohnmächtig wird.

Das *vasomotorische Centrum* im verlängerten Mark ist gleichfalls oft geschwächt, was sich durch übermässiges Erröthen oder Erblassen bei geringen Ursachen kennzeichnet; und dies ist den Patienten oft so fatal, dass sie sich deswegen ganz aus der Gesellschaft zurückziehen. Es kommen auch kalte und heisse Gefühle in verschiedenen Körpertheilen vor, und ist die Blutzufuhr ungleich, so dass einige Theile viel wärmer sind als andere. Das eine Ohr fühlt sich z. B. mitunter brennend heiss an, während das andere ganz kalt ist u. s. w.

Die Centren für *Schweiss-* und *Speichelabsonderung* welche gleichfalls in der Oblongata liegen, können ähnlich leiden. Die Haut und auch die Schleimhäute der Augen, Nase und des Mundes sind oft zu trocken; während in anderen Fällen übermässiges Schwitzen in den

Händen und Füssen stattfindet, entweder plötzlich in Folge von Gemüthsbewegungen, oder es kann mehr oder weniger permanent sein. Die Absonderung der Thränen und des Speichels kann gleichfalls zu reichlig sein; und sind die Patienten oft übermässig gegen Kälte und Hitze empfindlich.

Die Centren für das *Schlucken* und *Sprechen* sind im Ganzen selten afficirt. Zuweilen finden sich jedoch Schlingbeschwerden und ein Erstickungsgefühl in der Kehle, und wird die Stimme schwach und heiser. Symptome von *Dyspepsia nervosa* sind dagegen sehr häufig, und rühren von Schwäche in den Kernen des Vagus her, im verlängerten Mark, auf dem Boden der Rautengrube. In solchen Fällen haben wir es nicht mit einer Erkrankung des Magens, der Leber, oder anderer Theile des Verdauungskanales zu thun; die Zunge ist rein, und die Oeffnung regelmässig; trotzdem kommt es zu Uebelkeit, Erbrechen, Verlust des Appetites, Schmerzen im Magen, und Erweiterung desselben. Erbrechen ist ein häufiges Symptom von Meningitis, Gehirnschwülsten, und äusseren Schädlichkeiten dieses Organes, besonders wenn alle diese Einflüsse die Oblongata treffen; doch kann dasselbe auch ganz einfach von Sorgen, Kummer und Aerger herrühren, ohne dass sich dabei irgend welche Strukturveränderung im Mark, dem Vagus, dem Magen, Uterus oder anderer Theile nachweisen lässt. Der Schmerz ist gewöhnlich schlimmer vor Mahlzeiten, und wird besser nach dem Essen; er kann sehr heftig sein, und Patient vergisst ihn doch wenn man seine Aufmerksamkeit auf einen anderen Gegenstand lenkt; während bei Magenkrankheiten der Schmerz nach dem Essen schlimmer wird, und überhaupt alle Symptome constanter sind als in der nervösen Dyspepsie. Zuweilen ist der Schmerz so intensiv, dass man Gallensteine, ulcus rotundum oder Magenkrebs vermuthet; und der Mangel an Appetit kann so gross sein, dass Abmagerung des ganzen Körpers daraus entsteht (anorexia nervosa). Das bischen Nahrung was genommen wird, wird oft nicht einmal verdaut und assimilirt, und Pat. klagt über beständige Gefühle von Unbehaglichkeit und Erschöpfung in der Magengrube, zusammen mit Gähnen und Seufzen. Flatulenz und Diarrhoe sind gleichfalls häufig.

Die Oblongata enthält gleichfalls ein Nervencentrum für die *Nieren*, welches die Urinabsonderung regulirt. Nervenfasern gehen von diesem Centrum abwärts zum Dorsaltheile des Rückenmarks, von wo aus sie durch gewisse Rückennerven weiter ziehen, und von sympathischen Fasern begleitet die Aorta thoracica erreichen, von wo aus sie nach den Nierenarterien und den Nieren selbst ziehen. Der Einfluss von Gemüthtsbewegungen auf die Urinabsonderung ist daher leicht erklärlich, da ja ein intimer Zusammenhang zwischen dem verlängerten Mark einerseits und den das Mittelhirn constituirenden Theilen andererseits existirt.

Claude Bernard wies zuerst nach, dass Verletzung eines gewissen Theiles der Oblongata übermässigen Urinabfluss erzeugt, wel-

cher gewöhnlich, obwohl nicht immer, mit dem Auftreten von Zucker im Harn verbunden ist. Anderseits hat man eine ganze Anzahl von Fällen von Diabetes insipidus beobachtet, in welchen nach dem Tode Strukturveränderungen im verlängerten Marke entdeckt wurden. Einfache Schwäche im Nierencentrum der Oblongata kann übrigens auch zu einer übermässigen Harnabsonderung führen, wie der folgende Fall zeigt.

Ein 37jähriger unverheiratheter Herr consultirte mich am 27. Juli 1880. Er hatte viele Jahre in den Tropen zugebracht und dort an beständiger Diarrhoe gelitten, welche durch nichts gestillt werden konnte. Dies führte schliesslich zu einem Zustande vollständiger Gehirnerschöpfung und er wurde ganz unfähig seinen Beschäftigungen obguliegen. Das allerfatalste unter den zahlreichen Symptomen, an welchen er litt, war jedoch eine übermässige Urinabsonderung, da er hierdurch ganz und gar von der Gesellschaft ausgeschlossen wurde. Wenn er z. B. bei Freunden war, konnte er keine Viertelstunde stillsitzen, ohne dass es zu starkem Harndrang kam; und er sah sich desshalb genöthigt ein wahres Einsiedlerleben zu führen. Gewöhnlich gingen ihm am Tage neunzig Unzen ab, oft aber auch noch viel mehr. Der Harn war schwach sauer, hatte ein niedriges spezifisches Gewicht, und enthielt nichts Abnormes. Da er bereits unendlich viel Arznei geschluckt hatte ohne besser zu werden, fragte er mich ob Electricität in irgend einer Weise angewendet vielleicht nützen könnte. Ich rieth daher zur Anwendung des constanten Stromes auf die Oblongata und wandte denselben mit Volta'schen Alternativen sechs Minuten lang auf die diesem Organe entsprechende Schädelparthie an. Eine Woche später kam Pat. wieder zu mir, und berichtete, dass das Resultat sehr gut gewesen sei. Die Menge des Harnes, welche er die nächsten 24 Stunden gelassen hatte, war nur 30 Unzen gewesen; und während er früher unzähligemale Harndrang empfand, hatte er nach dieser einen Application des Stromes blos dreimal täglich zu uriniren gebraucht. Leider hatte ich nicht die Gelegenheit den Urin sorgfältiger zu untersuchen, da Pat. genöthigt war abzureisen; und weiss ich deswegen auch nicht ob die Bssserung angedauert hat. Dass dieselbe übrigens der Anwendung des Galvanismus zuzuschreiben war, scheint mir ganz klar, da Pat. keine Arznei genommen und auch fast keine Aenderung in seiner Diät und seinem Regieme hatte eintreten lassen. Die Störung in der Oblongata, vielleicht auch im mittleren Lappen des kleinen Gehirns der auch eine Beziehung zu der Urinabsonderung zu haben scheint, muss offenbar gering gewesen sein; jedenfalls aber war sie hinreichend, um den Pat. ganz unglücklich zu machen, und hätte sich vielleicht späterhin noch zu ernsthafteren organischen Leiden in diesen Organen entwickelt.

II.
Statistik der Epileptischen in der preuss. Rheinprovinz.

Im Juli vorigen Jahres hat in der preuss. Rheinprovinz auf Veranlassung des Herrn Landesdirectors eine Aufnahme der Zahl und der Verhältnisse der Epileptischen stattgefunden. (Vergl. d. Centralblatt 1881. pag. 332.) Dieselbe hat folgende Ergebnisse geliefert.

Regierungs-Bezirk	Epileptische	Davon sind					
		unter 14 Jahren	über 14 Jahren	vermögend	unvermögend	geistig gesund	geistig krank
Aachen . .	687	78	609	87	600	528	159
Koblenz . .	635	72	563	179	456	478	157
Köln . . .	560	94	466	74	486	425	135
Düsseldorf	1048	136	912	209	839	808	240
Trier . . .	530	83	447	79	451	414	116
	3460	463	2997	628	2832	2653 oder 76,7%	807 oder 23,3%
						der Gesammtzahl der Epileptischen.	

II. Referate.

148) **Krönlein** (Zürich): Klinischer Beitrag zur topischen Diagnostik der Hirnverletzungen und zur Trepanationsfrage. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 1882. Nro. 6.)

Dem Maurer Mathias H., 26 J. alt, war am 29. October 1881 eine etwa 3 Pfd. schwere eiserne Klammer aus Versehen gegen den Kopf geschleudert, so dass die scharfe Spitze des einen Hakens die Kopfhaut über dem rechten Scheitelbeine durchbohrte. Im ersten Moment eigenthümliches Reissen und Zucken in allen Gliedern, hauptsächlich im linken Arm, gleich darauf wurde er 10 Minuten lang ohnmächtig. Nach 3 Tagen zeigte sich (in der Klinik) an einer Stelle, im Bereiche des rechten Scheitelbeins, welche 2 Cm. hinter einer Linie liegt, die man sich von dem einen äusseren Gehörgang senkrecht über den Scheitel zum anderen Gehörgang gezogen denkt, und 5 Cm. lateralwärts von der Mittellinie (suttura sagittalis) ein 1,5 Cm. langer und 3—4 Cm. breiter, trockner Schorf. Linker Vorderarm ist leicht paretisch. Im linken Vorderarm Gefühl von Ameisenkriechen und Eingeschlafensein. Diagnose: Vernarbte Stichwunde der Kopfschwarte und sehr circumscripte Laesion des Gehirns im Bereiche der rechten Centralwindungen. Als wahrscheinlich wurde eine Quetsch*wunde* der Hirnrinde angenommen. Die Ohnmacht wurde als eine leichte commotio cerebri betrachtet. Am 6. Tage nach der Verletzung wurde

Pat. plötzlich von heftigen klonischen Krämpfen befallen, die anfangs lediglich den linken Arm betrafen. Starke Convulsionen in den Flexoren des Armes, im deltoideus und pectoralis. Vorübergehende Contractionen im linken m. obliquus externus; sämmtliche Convulsionen von Schmerzen begleitet. Auch im Gesicht Schmerzen und Zuckungen besonders im Orbicul. palpebr. und Nasenflügel; objectiv ist jedoch nichts wahrzunehmen. Beim Aufhören des Anfalls (nach 35 Minuten) deutliche Ptosis und leichte Parese des Mundfaciales links.

Man nahm an, dass die Convulsionen durch ein Eisen- oder Knochenstückchen an der betreffenden Hirnrindenparthie hervorgerufen seien und machte desshalb die Trepanation. Die Glastafel zeigte sich mehrfach zersplittert; ein Splitter, 1—2 Mm. dick, hatte nach Durchbohrung der Dura in der Hirnrinde gesteckt. Nach Verlängerung der Durawunde, praesentiren sich zwei Hirnwindungen, die vom Verf. als die rechtsseitigen, durch den Sulcus Rolandi getrennten Centralwindungen angesprochen wurden. In der hinteren Windung war eine 1 Cm. lange lineare Wunde zu sehen, die etwa 1 Cm. weit in die Rinde hineinführte.

Am Tage der Operation neuer Anfall clonischer Krämpfe. Pendelbewegungen mit dem Kopfe nach rechts und links. 2 Tage später dritter Anfall von kürzerer Dauer. Alle Erscheinungen lassen nach; 14 Tage später plötzlich Nachts heftige Kopfschmerzen auf der rechten (verletzten) Seite, im Verlauf des Tages 3mal Erbrechen, hartnäckige Obstipation, Lichtscheu, Apathie, Pulsverlangsamung (48); diese Erscheinungen dauern etwa 12 Tage. Linker Mundwinkel hängt noch ein wenig schlaff herunter, grobe motor. Kraft des linken Arms geringer als rechts, Convulsionen nie mehr.

Die Hirnerscheinungen (Kopfschmerz etc.), die nach der Operation auftraten, werden als Hirndruck bezeichnet, der durch eine Blutung in das cavum cranii von der Wunde aus entstand, und der mit der Resorption des Blutextravasates verschwand. Die übrigen Hirnerscheinungen (Convulsionen etc.) sind als die unmittelbaren Folgen der Verwundung der mittleren Parthie der hinteren Centralwindung anzusehen. Der Fall ist in physiologischer wie chirurgischer Beziehung gleich interessant. Goldstein (Aachen).

---

149) **C. Wernicke** (Berlin): Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studirende. II. B. (Kassel u. Berlin. Th. Fischer 1882. XXXV. u. 251 S.)

Auch von dem zweiten Theil dieses Werkes (der erste fand im Jhrg. 1881 pag. 251 dieser Zeitschr. seine Besprechung) möchten wir bemerken, dass dessen wissenschaftlicher Werth ungleich höher anzuschlagen ist als sein rein practischer, obwohl der Titel dasselbe für Aerzte und Studirende bestimmt. Der vorliegende Band ist als eine, vom theoretischen Standpunkte aus, sehr bedeutungsvolle Monographie der Gehirnblutung und der Gehirnerweichung zu bezeichnen.

In einer längeren „Vorrede“ werden die beiden genannten Erkrankungsformen von einem gemeinsamen Gesichtspunkte aus, vorzüglich mit Rücksicht auf die Localisationsverhältnisse, betrachtet.

Bei der Hirnblutung ist die Gewalt des Stosses durch das andringende Blut meist eine so beträchtliche, dass die traumatische Wirkung auf das Gehirn sich nur selten auf den eigentlichen Ort der Blutung oder die nächste Nachbarschaft beschränkt; meist erstreckt sie sich sehr weit, und findet erst mit dem Binnenraume einer Hemisphäre ihre Begrenzung, ja sie kann auch diese Grenze noch überschreiten.

So entsteht als Durchschnittsbild der Gehirnblutung die unter apoplectischem Anfalle eintretende Hemiplegie. Der Ort der Blutung ist also zunächst nicht von Belang; erst im weiteren Verlaufe verschwinden jene Erscheinungen, welche den von der Läsion entferntesten Stellen entsprechen und reduciren sich schliesslich auf dasjenige Quotum von Functionsstörungen, welche durch die definitiv zerstörte Nervenmasse am Orte der Blutung selbst und in ihrer nächsten Nachbarschaft bedingt wird. Nachdem also die verschiedenen *indirecten* Herdsymptome geschwunden sind, bleiben noch die von der lädirten Stelle abhängigen *directen* Herdsymptome zurück.

Auch bei der acut einsetzenden *Gehirnerweichung* verhält es sich sehr ähnlich. Auch hier führt die plötzliche Gefässverstopfung zu einer traumatischen Schädigung des Gehirnes; es gilt also gleichfalls das oben von der Gehirnblutung gesagte. — Bei der Gehirnerweichung kann allerdings kein derartiger Druck auf das Gehirn ausgeübt werden, wie bei der Blutung; es wird im Gegentheile mit dem Festsetzen des Embolus das peripher vor ihm gelegene Gefässgebiet collabiren, und dadurch ein Vacuum, eine plötzliche negative Druckschwankung entstehen. Für die traumatische Schädigung des Gehirnes ist es aber gleichgültig in welchem Sinne die Druckschwankung in der Schädelhöhle stattfindet, wenn dieselbe nur eine gewisse Höhe erreicht, und sehr rasch zu Stande kommt; denn auch beim Ausgleiche der negativen Druckschwankung wird die Gehirnmasse mindestens eine gewaltige Zerrung, oft aber auch eine wirkliche Zertrümmerung erleiden.

Den Effect des ausströmenden Blutes auf das Gehirn bei der Gehirnblutung darf man mit einem Stosse vergleichen, der in derselben Weise wie die Wirkung jeder anderen bewegten Masse auf einen ruhenden Körper berechnet werden kann. — Diese Wirkung bezeichnet Wernicke mit dem passenden Namen des *traumatischen Momentes*. Jene Factoren, welche die Höhe des traumatischen Momentes beeinflussen, sind durchschnittlich im Rinden- oder Mantelgebiete geringer als im Basal- oder Stammgebiete; das Gehirn wird also unter sonst gleichen Verhältnissen ein bei Weitem grösseres Trauma durch eine Blutung im Stamme als im Hirnmantel erfahren.

Der apoplectische Insult — man versteht darunter eine Reihe von Allgemeinerscheinungen mit welchen gewöhnlich die spontanen Hirnblutungen einsetzen, und als deren wesentlichste und constanteste die schwere Beeinträchtigung des Sensorium, gewöhnlich Coma, hervorzuheben ist — stellt nur einen speciellen Fall unter allen den Functionsstörungen des Gehirnes dar, welche in dem Begriffe des traumatischen Momentes enthalten sind; er entspricht einem ganz bestimm-

ten, durch die Erfahrung (Thierversuch) ermittelten Werthe des traumatischen Momentes, bei welchem das Bewusstsein aufgehoben wird. Bei Blutungen in den Stammganglien ist es demnach verständlich, dass dieser Werth meist überschritten und nur selten nicht erreicht wird, ebenso begreift es sich, dass er bei Blutungen im Mantelgebiete verhältnissmässig häufig nicht erreicht, und somit der Insult vermisst wird. Der Einfluss, welcher dem Sitze der Blutung auf das Zustandekommen des Insultes zukommt, ist demnach zurückzuführen, auf die nach der Localität verschiedene Durchschnittshöhe des traumatischen Momentes. Die Abhängigkeit der indirecten Hemiplegie von der lädirten Stelle ist hingegen eine viel directere, indem jene um so leichter zu Stande kommt, je weiter abwärts von der Rinde gerechnet die Blutung zu Stande kommt. — Die Bewusstlosigkeit gibt uns eine Vorstellung von dem allgemeinen Trauma, die indirecten Herdsymptome veranschaulichen das locale Trauma des Gehirns.

Einer ausführlichen Casuistik folgt eine kurze Besprechung der Differentialdiagnose, Prognose und Therapie; hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen Hirnblutung und Hirnerweichung bemerkt W., dass man zufrieden sein wird, wenn man etwa in der Hälfte der Fälle (doch wohl zu wenig, da dies schon zu Folge einer Wahrscheinlichkeitsberechnung zutreffen müsste) eine richtige Unterscheidung fällt.

Wie wir bereits gesehen haben, zieht W. auch für die Erscheinungen der Gehirnerweichung — wenigstens für die häufigste Form, für die embolische — das traumatische Moment vorzüglich in Betracht; sowohl für den Insult, wie für die indirecten Herdsymptome gilt daher fast genau das Gleiche, wie bei der Hirnblutung.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass nach des Verfassers Anschauung der atheromatöse Process der Gehirnarterien keineswegs ausschliesslich mit der autochthonen Thrombose, sondern ebensogut auch mit der Embolie in Beziehung zu bringen ist.

Der Gehirnerweichung sind — zum Unterschied von der Hirnblutung — eigenthümlich die sogenannten passageren Herdsymptome. Sie beruhen auf der Embolie oder Thrombose solcher Gefässgebiete, deren anastomotische Verbindungen mit benachbarten Gefässen den Ausgleich der Circulationsstörungen ermöglichen. Dieser Fall kann sich bekanntlich fast nur im Mantelgebiete ereignen.

Als besondere in den Lehrbüchern meist übersehene Form der Erweichung, führt W. die *chronische Gehirnerweichung* an. Bei derselben sind meist zwei Stadien deutlich zu unterscheiden: 1. das Stadium der Progression, das sich durch langsame Zunahme der Herdsymptome kennzeichnet, verschieden lange, selbst über Jahresfrist dauern kann und endlich zu vollständiger Hemiplegie führt. 2. das Stadium des Stillstandes, welches keine weitere Zunahme der Herdsymptome constatiren lässt; kommt es zum lethalen Ausgang, so ist derselbe gewöhnlich nicht Folge der Gehirnerkrankung an sich, sondern durch intercurrirende Erkrankungen anderer Organe bedingt. — Sitz dieser Erweichung ist vorwiegend das Marklager der Hemisphären, ihre Ausdehnung oft sehr bedeutend.

Als ganz neue Krankheitsform wird die *acute, hämorrhagische Poliencephalitis superior* eingeführt. Sowie im Rückenmarke die grauen Vorderhörner Lieblingssitz selbstständiger Erkrankungsformen, wahrscheinlich entzündlichen Ursprunges, sind (Poliomyelitis) so finden sich analoge Erkrankungen auch am Boden des vierten Ventrikels, besonders in den motorischen Nervenkernen daselbst, als den directen Fortsetzungen der Vorderhörner des Rückenmarkes. Aber auch noch oberhalb der eigentlichen Oblongata, bis ins Gebiet des Mittel- und Zwischenhirnes hinein kommen analoge Erkrankungsformen vor. Auch hier macht sich der Rückenmarkstypus geltend, die befallenen Nervenkerne gehören aber ausschliesslich der Augenmusculatur an. Es handelt sich um eine selbstständige, entzündliche acute Erkrankung der genannten Nervenkerne, welche in 10—14 Tagen zum Tode führt. Die Herdsymptome bestehen in associirten Augenmuskellähmungen, welche rasch entstehen, fortschreiten und zu einer fast totalen Lähmung der Augenmusculatur führen; doch bleiben selbst dann noch gewisse Muskeln davon ausgenommen, wie der Sphincter iridis oder Levator palpebrarum. Der Gang wird taumelnd und zeigt eine Combination von Steifheit mit Ataxie, an die Ataxie der Alcoholiker erinnernd. Die sehr auffallenden Allgemeinerscheinungen bestehen in Störungen des Bewusstseins, und zwar entweder von Anfang an Somnolenz, oder dieselbe wird durch eine länger dauernde Agitation eingeleitet. Jedesmal waren auch entzündliche Vorgänge an der Papilla optici zu constatiren. Wernicke kennt nur 3 Fälle dieser seltenen Erkrankungsform, einmal trat sie nach Schwefelsäurevergiftung, zweimal nach starkem Alcoholmissbrauch ein.

Auch für die Gehirnerweichung wird ein reichliches casuistisches Material beigebracht. Diagnose, Prognose und Therapie werden ähnlich wie bei der Apoplexie besprochen; den Schluss bildet eine Darstellung des über die Gefässversorgung des Gehirnes Bekannten.

Obersteiner (Wien).

---

150) **Ad. Offenberg** (Wickrath): Geheilte Hundswuth beim Menschen. Ein Beitrag zur Kenntniss des Curare. (Bonn, M. Cohn & Sohn. 1879.)

151) **F. Penzoldt** (Erlangen): Beitrag zur Pathologie und Therapie der Wuthkrankheit des Menschen, mit besonderer Berücksichtigung der Curarebehandlung derselben. (Berl. kl. Wochenschrift 1882. Nr. 3 u. 4.)

Etwas verspätet besprechen wir erst heute die schon im Jahre 1879 veröffentlichte Arbeit von Offenberg; allein ihr Inhalt ist so wichtig und wie die Neuheit lehrt, der Hinweis auf das Curare so bemerkenswerth, dass wir sie nicht mit Stillschweigen übergehen dürfen. Der Fall ist kurz folgender: Anna Heitmann, Dienstmagd, wurde am 28. Juli 1874 von einem Spitzhunde in die l. Ferse gebissen. Der Thierarzt erklärte auf die Schilderung des Besitzers hin den Hund für toll und liess ihn tödten, (dies war jedenfalls sehr voreilig und trug nicht unwesentlich zur Erschwerung der Diagnose der Lyssa bei d. Heitmann bei. Ref.) Pat. wohnte 2 Tage nach dem Bisse dem Ausbruche der Tollwuth eines Nachbars bei und ward Zeuge des schreck-

lichen Todes desselben. Nach einem halben Tage cauterisirte sich das Mädchen die Wunde selbst mit einer concentrirten Lösung von Aetzkali, wahrscheinlich in ungenügender Weise. Einige Tage darauf machte sie eine Geheimcur durch, indem sie ein Gebräu einer concentrirten Kochsalzlösung vermischt mit unbekannten scharfen Pflanzensäften, schluckte. Sie wurde davon wund im Munde und bekam Schlingbeschwerden, die jedoch nach 4—5 Tagen verschwanden. 80 Tage nach dem Bisse erkrankte plötzlich das Mädchen an der Lyssa, nachdem es in fortwährender Angst vor dem Ausbruch der Krankheit bis dahin zugebracht und sich in das Hospital nach Münster begeben hatte. Dort wurde plötzlich ein Anfall von Erstrickungsnoth, direct veranlasst durch einen Trunk Wasser, constatirt. Es folgen in kurzen Zwischenpausen weitere, heftige Inspirationskrämpfe, verbunden mit klonischen allgemeinen Convulsionen. 3 Stunden nach dem plötzlichen Ausbruch der Krankheit wurde 0,02 Curare injicirt, nach einer Viertelstunde diese Dosis wiederholt, worauf die Muskelunruhe nachliess. Da die Intensität der Respirationskrämpfe noch dieselbe war und nur die Pausen zwischen den einzelnen Anfällen etwas länger zu werden schienen, so wurde nach 1 Stunde 0,03 Curare injicirt und die Injection fortgesetzt, bis nach $4^1/_2$ Stunden 0,19 Curare eingespritzt waren und die Krämpfe cessirten. Dagegen waren intensive Lähmungserscheinungen aufgetreten. Pat. vermochte sich nicht mehr aufzurichten, Arme und Beine in den Gelenken nicht mehr zu bewegen. Athmung frei. Diese Erscheinungen verlierten sich ziemlich rasch. Am folgenden Tage stellten sich noch einmal Muskelzuckungen, krampfhafte Inspirationen ein, die durch eine einmalige Injection von 0,03 Curare beseitigt wurden. In den nächsten Tagen noch vereinzelte Zuckungen. Die Kranke wurde und blieb geheilt. Verf. hält den Fall für Lyssa humana und nicht etwa für Symptome einer psychischen Alteration, einer Lyssophobie, oder der Hysterie. Die Wirkung des Curare hält er als durchaus von dem Erregungszustande des Nervensystems abhängig und es ist desshalb von vornherein eine bestimmt anzuwendende Dosis nicht zu fixiren, zumal auch die Güte des Präparates sehr schwankend ist. Verf. räth, das Curare bis zum Eintritt der Lähmung einzuspritzen und event. die künstl. Respiration einzuleiten.

Penzoldt war bei einem an Lyssa erkrankten Kinde nicht so glücklich, wenngleich auch er glaubt, einige Erleichterung durch das Curare verschafft zu haben. Am 23. August vorigen Jahres wurde ein 11jähriger Knabe von einem Hunde in die Lippe gebissen. Unmittelbar nachher wurde vom Verf. die Wunde gereinigt und nach $^1/_4$ Stunde mit Liqu. ammon. caust. geätzt. Der beobachtete Hund erlag der Tollwuth. Der Knabe erkrankte am 11. Tage nach dem Bisse. Der Hund hatte sich am Ende des Incubationsstadiums befunden, als noch kein verdächtiges Zeichen bei ihm aufgetreten war, woraus die Consequenz zu ziehen, dass jede Bisswunde, selbst wenn sie von einem scheinbar gesunden Hunde herrührt, Wuthkrankheit zur Folge haben kann und demgemäss zu behandeln ist. In den letzten Tagen des Incubationsstadiums entstand eine Lymphdrüsenaffection, obwohl

die Wunde fast vollkommen vernarbt war. Vielleicht wäre es von Wichtigkeit, die Drüsen kurz vor Ausbruch der Krankheit zu zerstören. Im Prodromalstadium, das 1 Tag dauerte, waren die bekannten Symptome vorhanden. Auffällig war ein ungemein häufiges Niesen, wohl in Verbindung zu setzen mit sensibelen Reizerscheinungen in der Narbe, die ja im Gesicht lag. Verf. wandte nach Ausbruch der Krankheit ebenfalls Curare an und zwar eine 5%ige Lösung, wovon 0,02 subcutan injicirt, einen 6,5 Kilo schweren Hund rasch vollständig lähmte. Der Erfolg der Curareinjection beim Patienten war, dass das Curare den Eintritt furchtbarer maniakalischer Anfälle, sowie den tödtlichen Ausgang schliesslich nicht hindern konnte, dass es aber am ersten und zweiten Krankheitstage in deutlicher Weise die Schwere der Krampferscheinungen und somit des ganzen Verlaufes gemildert hat.

Der kl. Patient hatte in $4^1/_2$ Stunden 0,16, also fasst ebensoviel Curare erhalten, als die Patientin Offenberg's. Im Ganzen waren die Dosen noch höher, da Verf.'s Patient von 8^h 25^m Morgens bis 6^h 45^m Abends, also in $10^1/_4$ Stunden 0,36 (!) Curare, im Ganzen vom 4. Sept. 4^h — 5. Sept. $6^3/_4{}^h$ 0,435 injicirt bekam. Bis zur Lähmung ging Verf. nicht, weil er den Einfluss auf den Herzvagus fürchtete und weil die Athmungsparese, die einmal auftrat, ohne dass die Extremitätenmuskeln gelähmt waren, sich so hätte verstärken können, dass die künstliche Respiration nothwendig geworden wäre, die aber durch die fortwährenden Anfälle sehr erschwert worden wäre. Verf. glaubt nicht, dass selbst bei noch höherer Dosis, die Tobsuchtsanfälle und der Tod zu vermeiden gewessen seien. Den Offenberg'schen Fall hält Verf. für Lyssophobie. Der späte Ausbruch der Krankheit spricht nicht dagegen, da sich die Angst erst nach Wochen steigern kann, ebensowenig das Fehlen früherer hysterischer Erscheinungen, da eine psychische Alteration bei vorher ganz gesunden Personen Hysterie hervorrufen kann. Das Curare ist daher neben dem Chloroform als symptomatisches Mittel zur Milderung der Schlund- und Respirationskrämpfe zu empfehlen.

Goldstein (Aachen).

---

152) **C. Westphal** (Berlin): Zur Frage von der Localisation der unilaterale Convulsionen und Hemianopsie bedingenden Hirnerkrankungen.

(Sep.-Abdr. aus den Charité-Annalen. VI. Jahrg.)

Runge, Arbeiter, 42 Jahre alt, wurde den 12. August 1877 in die Charité aufgenommen, ungeheilt entlassen 24. März 1879, gestorben den 20. April 1879.

Pat. will im Jahre 1846 einen Krampfanfall mit Zuckungen in der l. Körperhälfte und nachfolgender linksseitiger Lähmung gehabt haben, sei aber wieder leistungsfähig geworden. Leidet seit 8 oder 14 Tagen wieder an Krämpfen.

Bei Aufnahme Bisswunde an der l. Zungenhälfte. Linksseitige Convulsionen mit Erhaltung des Bewusstseins; wenige Anfälle mit Bewusstseinsverlust, Unvermögen zu sprechen während der Anfälle, nachher linksseitige Hemiparese. Einige Mal psychische Störung. Dauer der Anfälle stunden-, tagelang. Später wurde homonyme laterale (linksseitige) Hemianopsie constatirt.

Von den genau beobachteten und beschriebenen Anfällen ohne Bewusstlosigkeit setzen wir hier nur einen her: Beginn mit Zuckungen in der linken Mundhälfte; cyanotische Färbung des Gesichtes, eigenthümliche Töne. Linker Arm im Ellenbogengelenk flectirt, Hand steht gleichfalls in Flexion, Finger in starker Hyperextension. In dieser wird Arm von clonischen Zuckungen befallen. Linkes Bein in Hyperextension, rhytmische Zuckungen durch ruckweise auftretende und nachlassende Contractionen der Extensoren. Respiration zur Dypnoe gesteigert, Entleerung grosser Mengen Speichels. Unmittelbar nach dem Anfall sehr starkes Ermüdungsgefühl. Bei den Anfällen mit Bewusstlosigkeit war Kopf nach rechts gedreht und bei ihnen betheiligten sich auch die rechten Extremitäten an den Zuckungen, Schaum trat vor den Mund. Nach solchen Anfällen bestand Unfähigkeit das l. Auge zu schliessen; l. Arm, dessen Finger in Zuckungen, vollständig gelähmt. Pat. kann nicht stehen, sinkt nach links um; l. Bein gelähmt. Nach einigen Tagen kehrt Bewegungsfähigkeit zurück. Nach den unvollständigen Anfällen entsteht Parese des linken Mundfacialis, Frontalis und Orbicular. palpebr., Deviation der Zunge nach links. Schlaffe Lähmung des l. Armes, rhytmische Contractionen der Flexoren der Finger. Bewegungen des l. Beines weniger kräftig als rechts. Sensibilität auf der l. Gesichtshälfte herabgesetzt. Kniephänomen beiderseits vorhanden, kein Fusszittern bei Dorsalflexion. Im Juni 1878 wurde beiderseits eine linksseitige Hemianopsie constatirt. Früher erschien die äussere Hälfte der l. Papille diffus geröthet, leicht getrübt, die Contouren etwas verwaschen.

Nur zwei Mal kurze Anfälle psychischer Störung.

Section: *Gehirn.* An der rechten Hemisphäre alle hinter der hinteren Centralwindung gelegenen Windungszüge, besonders aber die Hinterhauptswindungen dünner, von geringerem Volumen als links. Horizontalschnitt in der Höhe des Balkens: Marksubstanz im hinteren Theile der Schnittfläche deutlich verändert, löcheriges Aussehen; microscopische Untersuchung ergab das Vorhandensein zahlreicher Fettkörnchenzellen. Auf einem tiefer geführten Horizontalschnitte Marksubstanz der Spitze des Hinterlappens ebenso verändert. Auf einem Horizontalschnitte, der den Lobul. paracentral. in der Mitte trifft, liegt die erkrankte Partie der Marksubstanz hinter einer Linie, die ihren Ursprung an der Grenze des Lobul. parac. und des Praecuneus nehmend, schräg von innen nach vorn und aussen läuft bis gegen die der hinteren Centralwindung entsprechende Marksubstanz, welche selbst von normaler Beschaffenheit erscheint.

Verf. unterzieht die Fälle, bei denen es sich bei der Hemianopsie um Herderkrankungen bei intactem Thalamus und Tractus opticus handelt, einer kritischen Besprechung. Es werden angezogen die Fälle von Jastrowitz, Wernicke, Nothnagel, Charcot und Pitres, Huguenin, Baumgarten, Curschmann. In dem hier vorliegenden Falle handelte es sich auch nur um einen Herd, der vorzugsweise im Hinterhauptslappen sass; eine vollständige Zerstörung des Gewebes bestand nicht, wenigstens war es zu keiner vollständigen Erweichung gekommen. In allen Fällen handelte es sich um wahre vollständige Hemianopsien, und zwar war stets die dem Hirnherde entgegengesetzte Hälfte des Gesichtsfeldes functionsunfähig, ferner war eine Affection des Occipitallappens gemeinsam. Dies entspricht dem Verlaufe der Sehstrahlungen durch den Hinterlappen und auch den bekannten Ex-

perimenten Munk's. Bei *keinem* der Fälle handelte es sich jedoch um eine ausschliessliche Affection der *Rinde* des Occipitallappens, sondern die Marksubstanz war stets wesentlich mitbetheiligt. In Curschmann's und des Verf's Fall scheint es sich nur um letztere gehandelt zu haben. Auch andere Störungen können bei Sitz eines Herdes im Hinterlappen erzeugt werden (Fall Fürstner und Gowers), ebenso wie die Möglichkeit zu beachten ist, dass auch durch Zerstörung anderer Hirnstellen Gesichtsfelddefecte entstehen können. (Fall Huguenin). Die motorischen Reizerscheinungen in dem vorliegenden Falle sind durch die Section nicht erklärt. Gegen die Localisationslehre in ihrer engen Begrenzung, wie sie den physiologischen Experimenten in der Pathologie nachgebildet ist, zieht Verf. zu Felde; man sollte dieselbe nicht so starr behaupten, nachdem sogar in der Physiologie die „motorische" Region in eine Gefühlsregion (Munk) aufgelöst sei. Der am Schluss kurz angeführte noch auf der Klinik befindliche Fall soll vom Verf. später ausführlich besprochen und dann auch hier referirt werden.

Goldstein (Aachen).

---

153) **Buchanan Baxter** (London): Case of paroxysmal clonic spasm of left Rectus abdominis, with symptoms pointing to the existence of gross intracranial disease. (Fall von klonischem Krampf des Rect. abdom., mit auf schwere intracranielle Erkrankung deutenden Symptomen). (Brain, Januar 1882.)

Bei einer 35jährigen, seit 2 Jahren verheiratheten Dame hatten sich nach heftigen Gemüthsbewegungen seit September 1877 allmählig folgende Erscheinungen entwickelt: 1 Aeusserst heftige, fast täglich auftretende *Kopfschmerzen*, an der Nasenwurzel beginnend und allmählig auf den Hinterkopf übergreifend. Am linken Hinterhauptsbein ist eine auf Druck schmerzhafte Stelle. Die Schmerzen sind bei Tage am schlimmsten. Ausserdem besteht Migräne, die etwa alle 2—3 Wochen auftritt. 2. Eigenthümliche „Zuckungen." Diese bestehen in ausserordentlich heftigen klonischen *Contractionen des linksseitigen M. rectus abdominis;* wenn diese Zuckungen einige Zeit andauern, betheiligen sich auch die Mm. pectorales, wodurch dann die ganze linke Rumpfhälfte erschüttert wird. Auf der Höhe des Anfalls tritt ein fleckiges Erythem Anfangs auf Stirn und Kinn auf, welches weiterhin auch das übrige Gesicht und den Hals überzieht. Bisweilen schliessen sich an einen länger dauernden Paroxysmus dieser Art Lach- und Weinkrämpfe, die aber sonst niemals vorkommen. Die Dauer der Anfälle variirt zwischen 10 Minuten und mehreren Stunden; nach längeren Attacken versinkt sie in Folge der Erschöpfung in Schlaf, wobei aber die Zuckungen noch schwach fortdauern. 3. Ein schleimig-eitriger *Ausfluss aus dem rechten Nasenloch,* der zuweilen übelriechend ist. Die rhinoskopische Untersuchung ergab kein Zeichen eines Knochenleidens; die Zähne des Oberkiefers sind meist hochgradig cariös, das Zahnfleisch leicht ulcerirt.

Die Kranke macht nicht den Eindruck einer Hysterischen. Es ist nirgends Anästhesie oder Hyperästhesie zu finden, keine Ovarie. Geruch und Geschmack normal. Dagegen besteht eine doppelseitige, mässige Neuritis optica. Die Schilddrüse ist gleichmässig hypertrophisch, Puls 104, regelmässig, Lunge, Herz, Urin normal. Nachforschungen bezüglich Lues bei der Kranken oder dem Ehemann ergeben ein negatives Resultat, auch blieb eine länger fortgesetzte antisyphilitische Behandlung erfolglos. Aussehen und Ernährung waren gut. Die Kranke blieb von November 1879 bis ein Jahr lang in der Beobachtung des Verfassers; nachdem noch weitere neuralgische Schmerzen sich eingestellt und in der letzten Zeit auch Abmagerung und häufiges Erbrechen eingetreten war, starb die Pat. im Januar 1881. Zur Ueberraschung des Verfassers ergab die *Section*, welche sich auf die Eröffnung der Schädelhöhle beschränkte, durchaus nichts Abnormes im Gehirn und seinen Hüllen auch im Cavum sphenoidale und ethmoideum fand sich nichts auffälliges.

Pierson (Dresden).

---

154) **Mann:** The nature, pathology and treatment of chorea (St. Vitus' dance). (The Alienist & Neurologist II. pag. 309.)

M. bringt in seiner Aetiologie, Symptomatologie und Prognose der Chorea nichts Neues. Die verschiedenen Theorien über die Pathogenese der Chorea befriedigen ihn nicht. Er ist geneigt anzunehmen, dass die ursprüngliche Ursache eine krankhafte Irritabilität des centralen Nervensystems ist, und dass nun durch eine Gelegenheitsursache alle oder einige Theile des Systems entzündlich afficirt werden können; doch ist ein entzündlicher Process nicht gerade nothwendig.

Bei der Behandlung ist Hauptindikation: dem Nervensystem Ruhe und gute Ernährung zu verschaffen. Ersteres glaubt M. neben Fernhaltung jeder Erregung am besten durch warme Bäder zu erreichen, letzteres durch Leberthran mit Phosphaten. Geradezu specifisch wirkt Arsenik, den er hypodermatisch anwendet, da die sol. Fowl. zu leicht gastrische Beschwerden veranlasst.

Waehner (Kreuzburg).

---

155) **Kinnicutt:** A case of acute chorea. (The Journ. of nervous & mental disease. 1881. pag. 506.)

Ein 14jähriger junger Mann, der nie an Rheumatismus gelitten hatte, erkrankte an Intermittens quotid. Diese verlor sich nach drei Wochen allmählig; zugleich traten aber leichte unwillkürliche Bewegungen zunächst des rechten Fusses dann der rechten Hand, dann der linksseitigen Extremitäten auf. Zuletzt steigerten sich die allgemeinen Convulsionen der Art, dass jede willkürliche Bewegung unmöglich war. Sechs Wochen nach dem Beginn jener Quotid. bestanden allgemeine Convulsionen der willkürlichen Muskeln, Articulationsstörung etc. Dabei betrug die Temper. 40,5, der Puls war 120. Ein systolisches Geräusch an der Herzspitze. Die Behandlung bestand in

Darreichung von Chloralhydrat und zwar einer grösseren Dosis Abends und zweistündlicher kleiner, bis Schlaf eintrat. Nach 6 Tagen war Pat. wesentlich gebessert, bei normaler Temperatur, nach einigen Tagen ohne jede Störung, nur ausserordentlich geschwächt.

Da für die hohe Temperatur keine andere Ursache nachweisbar war, glaubt K., dass sie entweder durch die ununterbrochenen heftigen Muskelcontractionen oder eine unbekannte Erkrankung des Nersystems veranlasst wurde.

K. hält Arsenik für wenig oder nicht wirksam bei Chorea.

Waehner (Kreuzburg).

---

156) **Sinkler:** Chorea in the aged. (The Journ. of nervous & mental disease 1881. pag. 577.)

S. glaubt, dass Chorea bei alten Leuten öfter vorkommt, als man allgemein annimmt, und dass man sie oft mit senilem Zittern oder Paralysis agitans verwechselt. Vom senilen Zittern ist sie leicht dadurch zu unterscheiden, dass jenes meist auf den Kopf beschränkt ist und aus einem continuirlich rhytmischen Tremor besteht; dagegen sichern bei Paralysis agitans der bestehende Kraftverlust, die Art des Tremor und die Entwickelung des Krankheitsbildes die Diagnose.

Er theilt zwei Fälle von Chorea mit, von denen der eine eine 82jährige Frau, der andere einen 86jährigen Mann betraf, bei beiden war ein Geräuseh an der Herzspitze vorhanden; bei keinem von beiden ein geistiger Defekt. Die Frau hatte vorher an Rheumatismus gelitten. Der Mann wurde gesund, die Frau nicht. Im übrigen boten beide Fälle nichts von den jugendlichen Chorea-Kranken Verschiedenes.

Waehner (Kreuzburg).

---

157) **Clark:** A case of consciousness during an epileptic seizure. (The Alienist & Neurologist 1881. pag. 400.)

Ein 42jähriger Kranker, der seit mehr als dreissig Jahren an Epilepsie gelitten, hatte einen starken epileptischen Anfall, bei dem er bewusstlos schien. Der Anfall dauerte einen ganzen Tag; am nächsten Tage war Pat. schlechter Laune, verweigerte die Nahrung, erst nach zwei Tagen war er wie früher. Nicht lange nachher kam er zu C. und fragte (!) diesen, ob er wieder einen epileptischen Anfall gehabt habe. Er gab dann an, dass er dieses Mal bei Bewusstsein gewesen sei, und machte wirklich detaillirte Angaben über das, was C. beim Besuche zur Zeit jenes Anfalls gesprochen hatte.

Waehner (Kreuzburg).

---

158) **Hughes:** Curability of epilepsie. (The Alienist & Neurologist 1881 pag. 419 „Selections“.)

H. findet nach einer Zusammenstellung einer grösseren Anzahl von Fällen von Epilepsie: 1. In 12,1% hörten die Anfällen während der Brom-Behandlung ganz auf: 2. In 83,3% wurden die Anfälle an Heftigkeit und Anzahl geringer. 3. In 2,3% blieb die Behand-

lung ohne Erfolg. 4. In 2,3% häuften sich die Anfälle während der Behandlung. 5. Die Form der Krankheit, ob ererbt oder nicht, ob complicirt oder nicht, ob frisch oder chronisch, ob bei jungen oder alten Individuen, ob bei körperlich Gesunden oder Kranken, erschien ohne Einfluss auf den Erfolg der Behandlung. 6. In 66,6% der Fälle trat keine giftige Nebenwirkung des Broms ein, in den übrigen 33,4% dagegen in verschiedenem, aber nie in gefährlichem Grade.

Waehner (Kreuzburg).

---

159) **Bannister:** Note on a peculiar effect of the bromides upon certain insane epileptics. (The Journal of nervous & mental disease 1881 pag. 560.)

B. theilt einige Fälle mit, in denen nach Gebrauch von Brompräparaten die Anfälle ausblieben, die Kranken aber eigenthümlich psychisch erregt wurden. Der erste ausführlich mitgetheilte Fall betraf einen etwa 30jährigen Epileptiker, der sehr häufige und schwere Anfälle hatte, dabei gutmüthig, zur Frömmigkeit neigend und leicht schwachsinnig war. Dr. Moyer, der ihn behandelt hatte, machte B. darauf aufmerksam, dass der Kranke bei Gebrauch von Brompräparaten wohl frei von Anfällen aber psychisch durchaus verändert werde, nämlich erregt und ansserordentlich gemeingefährlich. In der That bestätigte sich diese Aussage durchaus bei entsprechender Behandlung in der Anstalt, so dass B. die Brom-Behandlung aufgeben musste; Pat. war dann wie früher ruhig und gutmüthig. — Eine ähnliche Idiosyncrasie fand sich bei zwei anderen Kranken: Einer, ein halb Dementer, wurde bei Brom-Behandlung äusserst geschwätzig und unruhig, wenn auch nicht gerade tobsüchtig. Der andere Epileptiker war stets zu heftigen Wuthausbrüchen geneigt; diese nahmen aber unter Brom-Behandlung zu.

B. fand unter seinen 21 Kranken also drei, welche gegen Brom eigenthümlich reagirten. Er glaubt, sich das Zustandekommen der Erregung durch die Annahme erklären zu können, dass sie nur secundär durch das Brom, nämlich durch Unterdrückung der Anfälle, hervorgerufen wird. Im Uebrigen will er seine Mittheilung nur als eine vorläufige angesehen haben.

Waehner (Kreuzburg).

---

160) **Christian** (Charenton): Onanisme. (Extrait du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.)

161) **Cohn** (Breslau): Augenkrankheiten bei Masturbanten. (Separatabdruck aus Knapp-Schweiggers Archiv für Augenheilkunde. Bd. XI.)

Der ziemlich ausführliche Artikel von Christian behandelt die Geschichte, Ursachen, Folgen, das Wesen und die Behandlung, der Onanie. Seine Definition ist folgende: l'onanisme est l'ensemble des moyens employés par l'un ou l'autre sexe pour produire l'orgasme vénérien, *artificiellement*, en dehors des conditions du coït normal. Nach dieser Erklärung würde eigentlich die Paederastie, Sodomie u. a. eben-

falls zur Onanie gerechnet werden müssen. Die Onanie ist bei allen Völkern verbreitet und findet sich namentlich da, wo die Verhältnisse eine Befriedigung des geschlechtlichen Bedürfnisses nicht gestatten. Sie kommt auch bei Thieren vor, indessen nur zur Brunstzeit. Manche religiöse Anschauungen, verschiedene sociale Einrichtungen, Polygamie, Sklaverei, die Civilisation, Nachahmung etc. spielen als allgemeine Ursachen der Onanie eine grosse Rolle. Die anderen Ursachen sind pathologischer Natur und bestehen in Erkrankung der Genitalorgane (Ekzem, Prurigo, Parasiten) oder in Allgemeinkrankheiten und pathologischen Zuständen des Gehirns. Die Folgen der Onanie sind zufällige oder organische, die ersteren aus den Büchern der Chirurgie bekannt, die letzteren localer oder allgemeiner Natur. Die localen Folgen bestehen in Hypertrophien der äussern Geschlechtsorgane, Entzündungen, Ulcerationen und dergl. Die allgemeinen Folgen sind nach Christian nicht so gefährlicher Natur, wie sie gewöhnlich geschildert werden (Tissot). Vom moralischen Standpunkte aus ist die Onanie ein Laster, vom ärztlichen muss man zugestehen, dass sie keineswegs die Gefahren mit sich bringt, welche man ihr gewöhnlich zuschreibt. Namentlich beim Manne bietet die Masturbation keine grösseren Gefahren dar, wie der Coïtus, während beim Weibe dieses allerdings der Fall ist, schon aus dem Grunde, weil hier der Unterschied zwischen Coitus und Onanie grösser ist wie beim Manne. In hohem Masse wirkt die Onanie bei beiden Geschlechtern in der Jugend, während der Organismus in der Entwicklung begriffen ist schädigend.

Anknüpfend an die Auseinandersetzungen von Trousseau, welcher einen Zustand geschlechtlicher Erregung beschreibt, der für sich bestehen kann (névrose génitale) oder als Vorläufer spinaler Störungen auftritt, glaubt Christian auch die Onamie in ihrer chronischen Form als das Symptom einer bereits bestehenden nervösen Störung bezeichnen zu müssen. Den Beweis für seine Ansicht erblickt er namentlich darin, dass die Onanie sich mit Vorliebe bei kleinen Kindern findet, welche zu Gehirnerkrankungen disponirt sind, ferner in der Pubertaetszeit bei psychopatischen Individuen, unter welchen eine grosse Anzahl Hereditarier ist. Bei Erwachsenen findet sich die excessive Onanie namentlich bei Imbecillen, Idioten, Cretinen, Epileptikern und sonstigen Individuen die später psychisch erkranken. Die pathologische Onanie ist daher, mag sie für sich allein bestehen (psychopathia sexualis) oder in Verbindung mit psychischen und nervösen Störungen auftreten, als der Ausdruck einer cerebralen Erkrankung zu bezeichnen. Was die Behandlung der Onanie betrifft so kann dieselbe hauptsächlich nur eine verhütende sein. Vor allem kann die Hygieine, die in unsern Schulen noch sehr wenig Beachtung findet, eine Verbreitung der zufälligen Onanie verhindern und die Entstehung krankhafter nervöser Zustände, als deren Symptom die pathologische Onanie anzusehen ist, verhüten.

Cohn beschreibt eine Reihe von Beobachtungen und zwar Photopien, Bindehautentzündungen, Blepharospasmen und vereinzelte Fälle von Hyperämia optici und Accomodationsschwäche, bei welchen er

Masturbation als Ursache nachweisen konnte. Er skizzirt kurz die Ansichten der Neuropathologen über die Gefahren der Onanie und gelangt zu dem Schluss, dass Onanie im Uebermaasse getrieben auch gewisse Augenkrankheiten zur Folge haben kann. Mit Rücksicht auf die colossale Verbreitung der Onanie, die Unzulänglichkeit therapeutischer Mittel, hofft er von verständiger Belehrung, welche die Schule geben soll, eine Verringerung des in Rede stehenden Lasters. Ob auf dem Lande die Masturbation weniger vorkommt wie in der Stadt, ist zwar noch keineswegs erwiesen; zweifellos wird durch die heutige Erziehung, durch das stundenlange Sitzen auf den Schulbänken, die Onanie der städtischen Schuljugend in unverantwortlicher Weise begünstigt.

Eickholt (Grafenberg).

III. Verschiedene Mittheilungen.

162) Aus Bern. Von der Erweiterung der Waldau hat man Abstand genommen. Es wird das *Schlossgut von Münsingen* adaptirt und dort eine Anstalt nach dem Muster von Alt-Scherbitz eingerichtet werden.

163) Aus Basel. Die wichtige Frage der Erweiterung der Irrenanstalt ist dem Abschluss näher gekommen, indem Frau Merian-Burckhardt dem Staate ein Capital von 400000 frcs. schenkweise zum Bau der neuen Anstalt zur Verfügung gestellt hat.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Ueckermünde (Pommern), Assistenzarzt, sofort, 1200 Mark, freie Station. 2) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 3) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 4) Schwetz, Volontairarzt. 5) Düren, Volontairarzt, 600 Mark, frreie Station. 6) Blankenhain (bei Weimar), Assistenzarzt, 600—900 Mark, freie Station. 7) Marsberg (Westphalen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M. fr. Station. b) Assistenzarzt, 1. Mai, 1200 M., fr. Station. Nichtkatholiken ausgeschlossen. 8) Königslutter, 2. Assistenzarzt, 1200 M., fr. Station. 9) Die Kreisphysicate: Daun (Trier) Deutsch-Krone (Marienwerder), Eisleben (Merseburg) Grottkau (Oppeln) Lyk (Gumbinen), Militsch (Breslau), Neisse (Oppeln), Pyritz (Stettin), Mülheim a. d. Ruhr (Mülheim).

Besetzte Stellen. Graz (Feldhof) Director Herr Dr. Fridolin Schlangenhausen, bisher Privatdocent für Psychiatrie in Innsbruck und 1. Hilfsarzt an der tirol. Landesirrenanstalt zu Hall. Nassau (Wasserheilanstalt) dirig. Arzt: Herr Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Wolzendorff aus Greifswald.

Ehrenbezeugungen. San.-Rath Dr. Heinemann, Kreisphys. zu Frankenberg erhielt den rothen Adler-Orden IV. Kreisphys. Dr. Lebram zu Köslin den Titel Sanitätsrath. Prof. A. Eulenburg und Prof. Landois zu Greifswald zu corresp. Mitgliedern der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien ernannt.

Todesfälle. Ober-Med.-Rath Dr. Klinger in München. Geh. San.-Rath Dr. Leonhard, Kreisphys. zu Mülheim a. d. Ruhr.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig,
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. Mai 1882. Nro. 9.

INHALT.

I. Originalien.

Die faradische Behandlung der Obstipation und der nervösen Enteropathie.

Von Hofrath Dr. S. TH. STEIN, in Frankfurt a. M.

(Vorläufige Mittheilungen aus einer demnächst erscheinenden Monographie über die Anwendung der allgemeinen Elektrisation).

Seit Erscheinen der vortrefflichen Monographie von Georg M. Beard[1]) über die „Nervenschwäche“ hat man sich auch in deutschen

[1]) Beard, Die Nervenschwäche (Neurasthenia) deutsch von Neisser, Leipzig 1881.

ärztlichen Kreisen bewogen gesehen, den unmotivirten Skeptizismus gegen die „allgemeine" Behandlung mittels des faradischen Stroms aufzugeben und dieses mächtige Heilagens in die Neurotherapie einzubürgern. Zu den wenigen bis jetzt publicirten einschlägigen Heilresultaten mögen die folgenden Mittheilungen einen kleinen Beitrag bilden, welcher um so mehr eine Berechtigung zur Publikation haben dürfte, als er aus der massenhaften Symptomengruppe neurasthenischer Erkrankungsformen eine in sich vollkommen abgeschlossene Spezies herausschält, welche sicher einem jeden beschäftigten Elektrotherapeuten schon oft begegnet ist, aber bis jetzt meines Wissens keine ausschliessliche Schilderung in der Literatur gefunden hat. Selbst Beard betont die betreffenden Formen nicht. Solche sind aber dem Gesammtbegriffe der Neurasthenie entschieden beizuzählen, da keines der zu schildernden Symptome, sich auf andere Basis als diejenige der Nervenschwäche zurück führen lässt. Ich habe im Laufe des verflossenen Jahres (1. April 1881 bis 31. März 1882) unter 65 Fällen von lokalisirten Nervenleiden und 89 Fällen von allgemeinen Neurosen, welche theils galvanisch, theils faradisch, theils elektrostatisch[1]) behandelt wurden, 39 Fälle von Neurasthenie in ihren verschiedensten Formen der allgemeinen Faradisation unterzogen. Von diesen 39 Fällen waren ausweislich nur 9 erblich beanlagt d. h. auf Befragen gaben die Betreffenden an, aus „nervöser" Familie zu sein. Nach dem Geschlechte theilen sich die Fälle in 25 Männer und 14 Frauen. Von den Männern (14 unverheirathete, 11 verheirathete) unterbrachen 5 die Behandlung, ohne dass ich über Erfolg oder Nichterfolg berichten könnte, bei zweien war der Erfolg ein absolut negativer, 6 wurden bedeutend gebessert und 12 vollständig geheilt. Bei den Frauen (8 unverheirathet, 6 verheirathet) waren positive Erfolge in 11 Fällen zu verzeichnen, zwei blieben nach 10 resp. 12 Sitzungen, ohne Begründung weg, und bei einer Dame (unverheirathet 29 Jahre alt) gesellte sich zur Neurasthenie eine schwere Form von Melancholie, sodass dieselbe in ein Irrenasyl verbracht werden musste. Dem Stande gemäss waren von den Männern: 10 Kaufleute, 6 Lehrer, 4 Beamte, 2 aktive Offiziere, 1 Metzger, 1 Müller, 1 Bäcker; von den Frauen gemäss der Beschäftigung: 5 Hausfrauen, 1 Geschäftsfrau, 3 mit weiblichen Handarbeiten beschäftigte, 2 Lehrerinnen, 1 Malerin, 1 Schülerin, 1 ohne bestimmten Beruf. Dem Alter nach waren der Männer: zwischen 20 und 25 Jahren 3, zwischen 25 und 30 Jahren 8, zwischen 30 und 40 Jahren 9, zwischen 40 und 50 Jahren 3, zwischen 50 und 60 Jahren 1, und über 60 Jahre 1 Mann. Das Alter der behandelten Frauen verhielt sich wie folgt: zwischen 17 und 20 Jahren 4, zwischen 20 und 25 Jahren 3, zwischen 25 und 30 Jahren 2, zwischen 30 und 40 Jahren 4 und zwischen 40 und 50 Jahren 1 Frau.

In diesen 39 Fällen handelt es sich, untersorglichem Ausschluss von Hypochondrie und Hysterie um ausgesprochene spinale und cerebrale Neurasthenien in ihren verschiedensten Abstufungen sowie neurasthe-

[1]) Ueber die letztere Behandlungsmethode werde ich Ausführlicheres in der Eingangs in Aussicht gestellten Monographie berichten.

nische Erkrankungen der sympathischen Nervencomplexe der Unterleibshöhle. Ich erlaube mir die letzteren Fälle, sechs an der Zahl, mit spezieller Mittheilung der betr. höchst einfachen Krankengeschichten in Kürze beizufügen, für die Symptomenreihe der allgemeinen Neurasthenie aber auf das vortreffliche Eingangs erwähnte Buch von Beard sowie die dankenswerthen Publikationen von Benedikt,[1] Möbius,[2] Engelhorn[3] und Löwenfeld[4] zu verweisen.

Bekanntlich bildete sich zu Anfang unseres Jahrhunderts auf Grund der anatomischen Untersuchungen von Haller, Winslow, Johnston und Bichat die physiologische Lehre aus, dass das sympathische Nervensystem im Gegensatze zum cerebrospinalen, die vegetativen Funktionen, insbesondere diejenigen der Verdauung und Absonderung beherrsche. Ebenso wie Gehirn und Rückenmark als animale Centren angesprochen wurden, hätten die Ganglien des Sympathikusgeflechtes eine centrale Bedeutung für das vegetative Leben. In neuerer Zeit wurde von einzelnen Physiologen, insbesondere von S. Mayer[5] in Prag den Ganglienzellen des Sympathikus jede centrale Bedeutung abgesprochen und solche als embryonale Reste von Bildungszellen neuer Nervenfasern bezeichnet. Schwalbe[6] tritt in seinem Lehrbuch der Neurologie dieser extremen Ansicht Mayers auf das Entschiedenste entgegen, die Ganglienzellen des Sympathikus von anatomischem Standpunkt als centrale Zellen, wie die Nervenzellen des Gehirns- und Rückenmarks beanspruchend. Für unsere vorliegende Frage haben der Nervus splanchnicus major und minor, das Glangion splanchnicum, die Massen des Plexus coeliacus und das Ganglion semilunare mit seinen Nebenganglien hervorragende Bedeutung, ebenso wie die mit genannten Gebilden in Zusammenhang stehenden unumstösslich als solche nachgewiesenen motorischen, zur glatten Muskulatur des Darmtractus gehenden Nervenfasern, für welche Ludwig bekanntlich eine excitirende Thätigkeit angenommen hat, indem auf ihrer Reizung Beschleunigung der Peristaltik eintrat resp. angeregt wurde, während Pflüger in der Bahn der Splanchnici in erster Linie Hemmungsnerven erblickt. Nasse hat die beiden contrastirenden Beobachtungen durch den experimentellen Nachweis vereint, dass bei Reizung der betr. Nerven zuerst Hemmung und dann Beschleunigung der Darmbewegungen eintrete. Wenn auch die physiologische Forschung noch keine positiveren Anhaltspunkte dafür bietet, dass wir die Ganglienknoten des Sympathicus als selbstthätige Centralorgane anzusprechen haben, so scheint doch die Annahme vollständig gerechtfertigt

---

1) Benedikt, Electrotherapie 2. Aufl. 1874.

2) Möbius, Berliner klin. Wochenschrift 1880 Nro. 47.

3) Engelhorn, Allgemeine Faradisation, Centralbl. f. Nervenheilk. 1881, Nro. 1.

4) Löwenfeld, Behandl. v. Gehirn- und Rückenmarkskrankh. etc. München 1881.

5) In Hermann's Handb. d. Physiol. Bd. II, Abth. 1, S. 275 ff.

6) Dr. G. Schwalbe, Handb. d. Neurologie, Erlangen 1881, S. 983 ff.

zu sein, dass es sich bei der massigen Anordnung der sympathischen Ganglienzellen in den Körperhöhlen, insbesondere der Adominalhöhle, um die Bestimmung eingreifender, sei es an sich ausschliesslich centraler, sei es von Rückenmark und Gehirn mit beeinflusster und in den Ganglienzellen des sympathischen Geflechtes zum Umsatze kommender Nerventhätigkeit handele.

Für alle Fälle darf angenommen werden, dass die peripheren Ganglien des Sympathicus zur Regelung der dem Nervensystem zugewiesenen vegetativen Prozesse des Organismus bestimmt sind. Ist auch die Physiologie heutzutage noch nicht im Stande, dieses durchweg experimentell zu beweisen, so sprechen doch die Erfolge gewisser elektro-therapeutischer Eingriffe für die Richtigkeit obiger Annahme. Die zugehörige Casuistik möge dies beweisen:

I. Fall. Herr J. G., Lehrer aus D........, 41 Jahre alt, seit 9 Jahren verheirathet, von kräftigem Körperbaue, war in seiner Jugend vollkommen gesund. Hatte niemals akute oder chronische Krankheiten und kam am 25. April 1881 in meine Behandlung. Er klagt seit 2 Jahren über ein Gefühl von Schwere und Unbehagen im Unterleibe, Beklemmungen und erschwerten Stuhlgang, sowie über häufige Appetitlosigkeit und schlechten Schlaf, in Folge dessen er zu anstrengender geistiger Thätigkeit nicht mehr fähig sei. Seine Stimmung sei eine weniger muntere und aufgeweckte, wie früher. Er wurde zu D. mehrere Monate lang ohne Erfolg galvanisch behandelt. Die objektive Untersuchung ergab durchaus normale Organe, Zunge unbelegt, Puls qualitativ und quantitativ normal, Aussehen blass, Muskulatur schlaff, Harnuntersuchung normal. Unter der Annahme, dass es sich um eine nervöse Schwäche der die peristaltischen Bewegungen der Därme regierenden Nervencomplexe handle, applicirte ich 3 mal wöchentlich, da Patient an täglichem Erscheinen verhindert war, zwei gebogene Flächen-Elektroden von ca. 70 Quadratcentimeter Fläche die eine auf die rechte, die andere auf die linke Seite des Hypochondriums, 10 Minuten lang einen mittelstarken secundären Induktionsstrom von 40 Unterbrechungen pro Secunde durch das Abdomen hindurch leitend. Schon nach der ersten Sitzung war das unbehagliche Gefühl im Unterleibe geschwunden, nach 8 Sitzungen trat regelmässige Verdauung ein, nach 15 Sitzungen wurde auf 2 mal wöchentliche Applikation herabgegangen und nach 25 Sitzungen die elektrische Application sistirt. Patient welcher mich mitlerweile in Verlauf des verflossenen Jahres mehrmals zur Constatirung seines Wohlbefindens besuchte, konnte als geheilt aus der Behandlung entlassen werden. Alle geklagten Symptome waren geschwunden, regelmässiger Stuhlgang, geregelte Verdauung und vortrefflicher Schlaf waren eingetreten. Neben der Application des faradischen Stromes an den Bauchdecken wurde jedesmal 5 Minuten lang ein labiler faradischer Strom mittels einer gebogenen Nadelelektrode und einer mit Waschleder bezogenen befeuchteten Kohlenrolle von den Halswirbeln bis in die cauda equina geleitet.

II. Fall. Herr K. W., Postbeamter aus Frankfurt a. M., 27 Jahre alt, mittlerer Statur, unverheirathet, von vorzüglichem, blühenden Aussehen, ebenfalls niemals früher erkrankt gewesen, kam mit ähnlichen Klagen wie Fall I zur Behandlung. Insbesondere nach jeglicher Mahlzeit fühlte derselbe unbehaglichen Druck im gesammten Unterleibe, welcher stundenlang anhält und eine beängstigende, sich bis zu peinlichem Lebensüberdrusse steigernde Verstimmung

des Gemüths zur Folge hatte, hervorgerufen durch eine grosse Zahl der bekannten neurasthenischen Symptome, wie Schlaflosigkeit, Angst vor geistiger Ueberanstrengung, mangelhaften Stuhlgang, Schwindel, Herzklopfen und dgl. Auch hier glaubte ich die Ursache des gesammten neurasthenischen Zustandes nicht in einer cerebrospinalen Irritation suchen zu dürfen, sondern in einer Irregularität der activen Nerventhätigkeit des abdominalen Sympathikusgeflechtes zu finden. Patient kam am 29. April 1881 in meine Behandlung und wurde in gleicher Weise mit Aplication des faradischen Stromes behandelt wie Patient I. Gleicher Effekt nach 21 Sitzungen. Dauernde Heilung.

III. Fall. F. R., Kaufmann aus Frankfurt a. M., 43 Jahre alt, mittlerer Statur, gesundes Aussehen, alle inneren Organe normal, seit 16 Jahren verheirathet, durch eine sehr anstrengende, verantwortungsvolle bedeutende Stellung im Finanzfache perpetuirlich geistiger Ueberanstrengung und aufregender Thätigkeit ausgesetzt, im Uebrigen hereditär beanlagt, kam am 5. Oktober 1881 in meine Behandlung. Patient kämpft seit 9 Jahren mit den exquisitesten, neurasthenischen Beschwerden jeglicher Art. Migräne, und verschiedene Formen von Kopfschmerz und Schwere im Kopf, zeitweise veränderter Ausdruck im Auge. Congestionen der Conjunctiva, Reizbarkeit, Hoffnungslosigkeit, Neigung zum Weinen, unruhiger Schlaf, nervöse Dyspepsie, wechselnde Empfindlichkeit an den verschiedensten Körperstellen, sowie allgemeines Gefühl von Schwäche und vorübergehenden, bald hier bald dort sich zeigenden, Neuralgien. Als lästigstes Symptom indessen wird wie bei den vorangehenden Fällen die drückende Unbehaglichkeit im Unterleibe von mehreren Stunden Dauer nach genossenen Mahlzeiten und Unregelmässigkeit im Stuhlgang bezeichnet.

Neben Faradisation der Wirbelsäule, wie oben geschildert, wandte ich auch bei diesem Patienten die Faradisation quer durch den Unterleib an und zwar schwanden in Folge dessen, nach 9 Sitzungen beginnend, und bis zur 16. Sitzung vollkommen beseitigt, alle nervösen Erscheinungen im Abdomen, sowie die nervöse Dyspepsie vollständig, während die übrigen Symptome erst allmälig an Intensität nachliessen, ohne bei der 42. Sitzung geschwunden zu sein, obwohl eine Fortsetzung der Behandlung vermuthlich zur totalen Heilung geführt hätte. Patient blieb, ohne dass ich ihn aus der Behandlung entliess angeblich, um eine Reise zu unternehmen, nach der 42. Sitzung weg, bestätigte jedoch noch nach Monaten in erster Linie den bleibenden Effekt, der ihn am meisten belästigt habenden abdominalen Symptome.

IV. Fall. Fräulein L. F. aus England (Capstadt), 18 Jahre alt und sonst vollkommen gesund, jedoch von blassem Aussehen, ohne andere Symptome von Chlorose, kam am 5. Januar mit der Bitte in meine Sprechstunde, ihr wegen perpetuirlicher Obstruktion ein Medikament zu verordnen, da ihr in der Apotheke in welcher sie ein engl. Rezept präsentirte, die Anfertigung des betr. Medikamentes verweigert worden sei. Seit vier Jahren regelmässig menstruirt und niemals sonst krank gewesen, habe sie während dieses ganzen Zeitraumes nicht *ein einziges* Mal von selbst Leibesöffnung gehabt, sondern habe sich seitdem immerfort durch abführende Pillen den nöthigen Stuhlgang verschafft. Sie leide an Appetitlosigkeit und in Folge ihrer vermeintlich ungeregelten Verdauung vielfach an Gemüthsverstimmung. Ich verordnete ihr Pulvis Liquiritiae Comp. wovon sie den andern Morgen einen Theelöffel voll nehmen solle, veranlasste sie aber, sich einer elektrischen Behandlung des Unterleibs zu unterziehen. Auch

hier wurde während acht und zwanzig Sitzungen mit einmaliger, wegen mittlerweile eingetretener Menstruation beobachteter Pause von 6 Tagen, ein faradischer Strom von mässiger Stärke, und 10 Minuten Dauer quer durch den Unterleib geschickt. Die ersten Tage liess ich dass Einnehmen des abführenden Pulvers zu, die Dame auffordernd, den vierten Tag solches weg zu lassen, falls sie aber dann keinen selbstthätigen Stuhlgang bekäme, den nächstfolgenden Tag das Pulver wieder zu nehmen. Es trat aber ohne jeglichen Zwang während der Vormittagsstunden selbstthätiger Stuhlgang ein, der sich in 2 und 3tägigen Zwischenräumen ohne Pulver von selbst wiederholte. Ich setzte die Behandlung so lange täglich fort, bis, und zwar von der 19. Sitzung an, der gewünschte Effekt in regelmässiger täglicher Wiederkehr erreicht war. Hierauf gab ich nur jeden zweiten Tag, später jeden dritten Tag und zuletzt von acht zu acht Tagen eine faradische Sitzung, sodass ich mit der 28. Sitzung, die Ueberzeugung von vollkommener Heilung der *vier Jahre lang* bestandenen Unthätigkeit der ausführenden Parthien des Intestinums gewann. Seit Regelung der betr. Funktionen trat vollkommener Appetit, normale Verdauung, sowie ohne jegliche tonisirende innere Medikation blühende Gesichtsfarbe, allgemeines Wohlbefinden und fortwährend heitere frohe Stimmung ein.

V. Fall. Herr J. H., Metzger aus Frankfurt a. M., 45 Jahre alt, seit 15 Jahren verheirathet, von äusserst robustem kräftigem Körperbau, niemals erkrankt gewesen, kam am 16. Januar 1882 in meine ärztliche Behandlung. Seine Klagen beziehen sich auf ein seit mehreren Monaten eingetretenes Gefühl von Druck und Unbehaglichkeit im Unterleibe, verbunden mit gestörter Verdauungsthätigkeit, unregelmässiger Stuhlentledigung und in Folge dessen einer eigenthümlichen ihn höchst beunruhigenden vermuthlich arteriellen klopfenden Empfindung unter den Bauchdecken, Umstände, die ihn wochenlang des erquickenden Schlafes beraubten. Die Schlaflosigkeit fiel bei diesem Patienten um so mehr ins Gewicht, als er in Folge seines Berufs täglich schon Morgens um 4 Uhr die Leitung seines Geschäfts persönlich in die Hand zu nehmen genöthigt war. In diesem vollkommen reinen Falle von Unterleibsnervenschwäche führten vier und zwanzig lokale Faradisationen des Unterleibs radicale Heilung herbei, schon nach der zehnten Sitzung waren alle geklagten Symptome geschwunden.

VI. Fall. Dr. K., Oberlehrer aus Frankfurt a. M., 67 Jahre alt, von schwächlichem Körperbau und kleiner Statur, von jeher gesund, kam am 17. Januar 1882 mit ähnlichen Klagen zu mir. Insbesondere betonte er einen seit mehreren Monaten ihn belästigende nicht genau definirbare Unruhe im Unterleibe, verbunden mit gestörter Verdauungsthätigkeit, unregelmässigem Stuhlgang, dyspeptischen Erscheinungen und gestörtem Schlaf, ohne jegliches andere Symptom von Nervenschwäche. Sechszehn faradische Sitzungen genügten zur vollkommenen Beseitigung der geklagten Symptome. In diesem Falle ebenso wie in den zwei vorhergehenden wurde nur der faradische Strom quer durch den Unterleib applicirt.

Fassen wir nun diese *sechs* Fälle zusammen, so ergibt sich insbesondere für die drei letzteren als Ursache der pathologischen Zustände bei absolutem Ausschluss irgend welcher centraler Störungen, eine Erschlaffung der motorischen Nerventhätigkeit der Unterleibsorgane, während die drei vorangestellten auch mit anderen neurasthenischen Symptomen einhergehen. Ich hatte deshalb auch die faradische

Therapie in den drei letzten Fällen auf den leidenden Theil lokalisirt. Bei Fall I. II. und III. wäre vermuthlich, auch ohne Applikation des faradischen Stroms längs der Wirbelsäule, der gleiche Erfolg erzielt worden. Ich möchte übrigens mit meinen obigen Auseinandersetzungen über nervöse Enteropathie insoferne nicht missverstanden werden, als ob ich die centralen Ursachen der verschiedenen Formen betreffender Leiden in Abrede stellen wolle. In vielen Fällen lässt sich, wenn ein Neurastheniker sich zur Behandlung meldet, überhaupt in Bezug auf den Symptomencomplex der nervösen Enteropathie nicht leicht feststellen, welche Symptome zuerst vorhanden waren, diejenigen der Centralorgane des Gehirns und Rückenmarks oder diejenigen der Peripherie. Leube spricht sich an verschiedenen Orten für die periphere Lokalisation der betreffenden Unterleibsneurosen aus; aber selbst ein ausgesprochener Anhänger der bezügl. Gehirn- und Rückenmarks - Centralisation, Dr. F. Richter[1]) sagt in der jüngst erschienenen Nro. 14 der Berliner klinischen Wochenschrift, dass durch directe Fortleitung und Reflexe von den Magen- und Darmnerven aus, bei Erkrankungen dieser Organe Beschwerden des Centralnervensystems entstehen können, um wieviel mehr wird eine lokalisirte Erkrankung des Unterleibsnervensystems selbst, bei den reichlich vorhandenen Nervenbahnen jedweder Kategorie, welche Gehirn, Rückenmark und sympathisches Nervensystem mit einander verbinden, erstere Centralorgane in Mitleidenschaft ziehen können. Nichts ist daher leichter möglich, als hier Ursache und Wirkung mit einander zu verwechseln. Betrachten wir auch in dieser Beziehung kritisch die sechs von mir angeführten Fälle, so ist die vollständige Ausschliessung der Centralisation des Leidens für Gehirn und Rückenmark bei den 3 letzten Fällen sicher, bei den 3 ersten wahrscheinlich. Bleiben solche Fälle sich selbst überlassen und ohne Behandlung, so bilden sich allmählig alle exquisiten Formen der Neurasthenie heraus und wir können alsdann nicht mehr unterscheiden, ob der Ursprung des Leidens in den Unterleibsorganen oder im Rückenmark und Gehirn centralisirt war. Wir haben demnach für den Sitz sowohl der nervösen Enteropathie und nervösen Obstipation, je nach den Symptomencomplexen zweierlei Formen zu unterscheiden, die im Sympathicussystem sich centralisirende und die auf dynamische Veränderungen im Gehirn und Rückenmark rückführbare. In vielen Fällen wird mit dem Wachsthum des Leidens letztere Form die dominirende werden, wie dies bei ausgesprochenen Neurasthenikern meistens vorkommt. Werfen wir nochmals einen Blick auf den Fall IV, so ist in Erwägung zu ziehen, ob viele Fälle von chronischer Obstipation der Frauen, verbunden mit hysterischen Erscheinungen mannigfacher Art, ohne nachweisbare Uterin- oder Ovarialleiden, nicht ebenfalls auf abnorme Verhältnisse im sympatischen Unterleibsgeflechte zurückzuführen sein dürften? Auch hier wäre die Procedur der Unterleibsfaradisation, ein, wie angegeben, durchaus unschädliches

---

[1]) Richter, Ueber nervöse Dyspepsie und Enteropathie, B. kl. W. Nro. 14, S. 212 ff.

und leicht auszuführendes Experiment, vielleicht von dauerndem Erfolge. Ich hatte leider im Laufe des verflossenen Jahres keine weitere Gelegenheit solches zu erproben.

Die oben mitgetheilte Casuistik dürfte meine Annahme vorkommender neurasthenischer Zustände der abdominalen Sympathikusgeflechte rechtfertigen, und die alte Bichat'sche Lehre von der Eigenschaft dieser Theile als Regierungsorgane der vegetativen Thätigkeit des Darmtraktus wieder zur Anerkennung bringen. Es verleihen ausserdem die angeführten Fälle der Hypothese einen Stützpunkt, dass es sich bei der Wirkungsweise der Faradisation im Allgemeinen um Anregung *mechanischer* und nicht *dynamischer* Effecte, wie bei der Galvanisation, handle, da bei geeigneter Durchführung der allgemeinen Applikationen ausschliesslich energischere Contraktionen der verschiedensten Organe veranlasst werden, wodurch die bezüglichen Lebensthätigkeiten aus abnormer Ruhe wieder in ihre natürliche, normale Aktion zurückzuführen sind.

Die technische Ausführung der von mir angewandten Manipulationen enthebt mich wegen ihrer Einfachheit einer besonderen Schilderung. Ziemssen schreibt (1872) in seiner Elektrotherapie[1]) bei Gelegenheit der Besprechung faradischer Einwirkung auf eine Hernie: „Ob es möglich ist am Lebenden eine Beschleunigung der Peristaltik auf perkutanem Wege zu erzielen, dafür fehlt es noch an zuverlässigen Beobachtungen.“ Diese Möglichkeit scheint mir nun erwiesen. Erb[2]) räth zur faradischen Beeinflussung des Verdauungscanals, die eine Elektrode auf den Rücken, die andere auf die Bauchwand zu appliciren, oder mittelst Einführung der einen Elektrode in den Magen (mittelst Schlundsonde) sowie in den Mastdarm (mittelst Darmrohr) den gewünschten Effekt zu erzielen, während mit der anderen Elektrode die äussere Bauchwand behandelt wird, ein Verfahren, welches sich in der Privatpraxis wohl schwer täglich anwenden, dagegen durch obige so einfachen Prozeduren hinreichend ersetzen lässt. Dass ähnliche Effecte, wie die oben geschilderten, auch durch die Massage des Unterleibs, sowie die allgemeine Muskelmassage erzielt werden, spricht ebenfalls für eine mechanische und nicht dynamische Wirkungsweise des faradischen Stroms, welcher wohl, bei gleichen Erfolgen, der mühsamen, anstrengenden und beiderseitig unangenehmen Procedur der Massage, besonders der Unterleibsmassage, in vielen Fällen vorzuziehen sein dürfte.

II. Referate.

164) **Lauder Brunton** (London): On the position of the motor centres in the brain in regard to the nutritive and social functions. (Ueber die Lage der motorischen Hirncentren mit Rücksicht auf die nutritiven und socialen Verrichtungen). (Brain, Januar 1882.)

Verf. sucht in diesem Aufsatz die Anordnung der sogenannten

---

[1]) Ziemssen, die Electrizität in der Medizin, 4. Aufl. 1872. S. 152 ff.

[2]) Erb, Elektrotherapie, 1882. S. 127.

motorischen Centren in Beziehung zu gewissen Functionen zu bringen, und zwar namentlich zu der für die Selbsterhaltung wichtigsten aller Verrichtungen: der Nahrungsaufnahme, demnächst zu dem Geschlechtstrieb, und er erläutert durch eine Figur, wie die Gruppirung der verschiedenen Centren um die Rolando'sche Spalte, resp. den Sulcus cruciatus bei verschiedenen Thieren je nach ihren Eigenthümlichkeiten bezüglich dieser Functionen gewisse Verschiedenheiten darbietet.

Pierson (Dresden).

---

165) **Richet:** Duration of sensation after death. (Brit. Med. Journ. Dec. 24. 1881.)

R. hat der Pariser biologischen Gesellschaft kürzlich mitgetheilt, dass nach dem Tode eines Thieres die *sensibeln Nerven ihre Functionsfähigkeit länger behalten, als die motorischen.*

Voigt (Oeynhausen).

---

166) **Arpád Bókai** (Budapest): Der Einfluss des Rückenmarkes auf die Temperaturverhältnisse des Körpers. (Orvosi Hetilap 1882. 8, 9, 10.)

Nach mit Controlversuchen gestützten Experimenten (an 11 trepanirten Thieren) kam Verf. zum Resultate, dass bei der Durchschneidung des Hals-Theiles des R.-M. die Temperatur sowohl im Centrum als an der Peripherie *sinke*; schneidet man das R.-M. weiter unten, bis jenseits der Mitte des Rückentheiles durch, so tritt nur in den unteren Extremitäten und im Mastdarm *Wärmeabnahme* auf; bei den noch tieferen Durchschnitten im Lumbaltheile *sinkt* nur die Temperatur des Rectums und der Glutaealmusculatur auffallend. Folglich ist die Rückenmarks-Durchschneidung mit einer Wärmeabnahme verbunden sowohl im Centrum als in der Peripherie. Die Ursache der Wärmeabnahme soll theils auf Abnahme der Wärmebildung, theils auf Zunahme der Wärmestrahlung beruhen. Im Gegensatze mit Naunyn und Quincke fand Verf., dass nach Durchschneidung des R.-M. die Wärmeproduction durch Lähmung gewisser Muskeln, welche ihre Arbeit einstellen und folglich keine Wärme bilden, beeinträchtigt werde, und je mehr die Zahl der gelähmten Muskel sei, desto mehr schwinde bei höherer Durchschneidung des R.-M. die Wärmeerzeugung. Dann tritt nach Durchschneidung des R.-M. eine zeitweilige Gefässnervenlähmung ein, wodurch eine Störung des Mechanismus der Wärmeregulirung in jenen Körpertheilen erfolgt, die ihre Nerven von der unterhalb des Durchschnittes befindlichen Rückenmarkspartien erhalten. Die Fähigkeit der Gefässe, den Wärmeverhältnissen sich zu accomodiren wird gelähmt, da die regulatorische Kraft der vasocontractorischen und vasodilatorischen Nerven sowie der reflectorisch wirkenden Nervi pressores und depressores ausgeschlossen bleibt, was die Steigerung der Wärmestrahlung zur Folge hat.

Nach den traumatischen acuten Myelitiden steigert sich die Temperatur theils in Folge von Reizungserscheinungen, die erhöhte Wärmeproduction der Muskeln veranlassen, theils in Folge der krampfhaften

Verengerung peripherer Gefässe durch Reizung der vasoconstrictorischen Centren, welche eine Abnahme der Wärmestrahlung verursachen.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn.)

---

167) **Wilh. Erb** (Leipzig): Ueber den Weg der geschmacksvermittelnden Chordafasern zum Gehirn. (Neurol. Centralbl. 1882. Nro. 4.)
168) **Derselbe:** Nachtrag zu dieser Mittheilung. (Ebendaselbst Nro. 5.)
169) **Derselbe:** Weiterer Nachtrag. (Ebendaselbst Nro. 7.)

Zu der noch immer strittigen Frage, ob die Geschmacksfasern der Chorda tympani im Stamme des Facialis selbst oder nach einem erneuten Umwege in dem Stamme des Trigeminus zum Gehirn gelangen liefert Verf. folgende casuistische Beiträge:

Herr W., 45 J. alt, hatte vor 16 Jahren Schanker ohne secundäre Erscheinungen. Im October 1880 Doppelsehen, Anaesthesie der reehten Gesichtshälfte. Im Juni 1881 Lähmnng des rechten Abducens; Parese des rectus sup. und Levat. palp. sup. dextr. Paralyse des ganzen rechten Trigeminus. Geschmack rechts herabgesetzt. October 81. Augenmuskeln jetzt fast sämmtlich gelähmt. Schmierkur in Aachen, Kal. jod. ohne Erfolg. Dezbr. 81 Abnahme der Sehschärfe des rechten Auges. Exophtalmus. Der genauere Befund ergiebt: Rechts sämmtliche Augenmuskeln fast complet gelähmt, Ptosis, Pupille mittelweit, ohne Reaction. Linkes Auge normal. Rechts Schwellung der Papilla n. optici. links normal. Beide Trommelfelle zeigen die Residuen früherer Mittelohrcatarrhe; rechts alte Perforationsnarbe. Knochenleitung für die Uhr vollkommen erhalten. Im ganzen rechten Trigemiusgebiete Anästhesie. Auf der rechten Zungenhälfte vorn wurden süss, sauer, salzig und bitter nicht erkannt, links alles sehr gut, bitter nicht deutlich, hinten links bitter sehr deutlich, rechts etwas undeutlich. Galvanischer Geschmack fehlt rechts. Geruchssinn beiderseits erhalten. Kaumuskeln rechts total gelähmt, atrophisch, auch links nicht sehr kräftig. Bewegungen im rechtsseitigen Facialisgebiete vollkommen erhalten. Hypoglossus normal. Gaumensegel rechts paretisch. Sensibilität der Cornea und Conjunctiva hochgradig herabgesetzt.

Es handelt sich um einen krankhaften Process in der Schädelbasis. Da nun der Geschmack auf den vorderen zwei Dritteln der Zunge erloschen ist, der nerv. facialis vollkommen intact erscheint, der nerv. trigeminus in seiner ganzen Ausdehnung laedirt ist, so hat letzterer auch die Geschmacksstörung verursacht, d. h. die Geschmacksfasern der Chorda an der Schädelbasis liegen im Stamme des Trigeminus. Um ein Geringes ist die Beweiskraft vorliegenden Falles durch das beiderseitige Mittelohrleiden abgeschwächt, da vielleicht die Chorda auf ihrem Wege durch die Paukenhöhle lädirt gewesen sein könnte.

Der Kranke ist plötzlich gestorben. Section, wegen äusserer Umstände unvollkommen ausgeführt: In der mittleren Schädelgrube rechts ein chronisch-entzündlicher Process, durch welchen Periost,

Dura und Pia mit den eingelagerten Nerven zu einer derben, schwer lösbaren Masse umgewandelt und vereinigt sind. Der rechte Schläfelappen adhärirt dieser Masse so fest, dass er nur mit Hinterlassung kleiner Stücke losgetrennt werden kann; er ist in seinem vorderen unteren Theil in einen grossen, mit gelbweissem, zerfliessenden Brei erfüllten Erweichungsherd umgewandelt. An den Arterien des Gehirns keine makroscopische Veränderung; spezifisch luetische Producte wurden nicht gefunden. Verf. fügt hier bei: „Sicher ist also jedenfalls, dass, worauf es hier ankommt, der *Trigeminus an der Schädelbasis erkrankt* war.

Regine G. 48jährige Köchin erkrankte in Folge Erkältungen. Pelzigsein der l. Gesichtshälfte, Schwindelerscheinungen, Röthung des l. Auges. Etwas später Pelzigsein des Gaumens und der Zunge links. Undeutlichwerden des Geschmackes. 4 Monate später: alle Erscheinungen einer unvollständigen Lähmung des Trigeminus links. Geschmack auf der linken vorderen Zungenhälfte herabgesetzt. Motilität im Facialisgebiete normal. Gehör gut. Keine Lähmung der Kaumuskeln.

Bemerkenswerth dem 1. Fall gegenüber ist hier das Freibleiben des Gehörs.

Herr L., 40 J. alt, erkrankte an rechtsseitiger Abducenslähmung; 2 Monate später Lähmung der rechtsseitigen Kaumuskeln, Gefühlslähmung am Bein rechts, dann rechtsseitige Oculomotoriuslähmung. Facialis rechts intact. Sensibeler Verbreitungsbezirk des 3. Trigeminusastes rechts anaesthetisch. Geschmack auf rechter Zungenhälfte vollständig erhalten. Sensibilität im Gebiete des 1. und 2. Astes des Trigeminus normal. Unter Jodgebrauch Besserung. Hier lag wohl eine syphilitische Erkrankung der drei genannten Nerven vor. Jedenfalls war der 3. Trigeminusast hoch oben in seiner Leitung gehemmt; in dem letzteren liegen also nicht die Geschmacksfasern der Chorda, sondern sie laufen, wie meistens angenommen wird, im zweiten Aste zum Gehirn. Goldstein (Aachen).

---

170) **Hobson** (London): Case of tumour in medulla obl. and pons, with remarkable paralytic symptoms. (Fall von Tumor in verl. Mark u. Brücke, mit bemerkenswerthen Lähmungserscheinungen). (Brain, Januar 1882.)

Ein zweijähriger Knabe, der noch 9 Wochen vor seiner Aufnahme ganz wohl gewesen war, speziell auch laufen und sprechen konnte, fing zu der angegebenen Zeit an abzumagern und schwer zu schlucken. 5 Wochen später wurde Herabhängen des linken oberen Augenlides und Parese des linken Armes bemerkt. Dann zeigten sich ähnliche Erscheinungen auf der rechten Seite, jedoch mit Betheiligung der Beine. Bei der Aufnahme konnte das stark abgemagerte Kind gar nicht mehr sprechen; die Deglutition war sehr behindert; das rechte obere Augenlid hing zeitweilig herab, manchmal traten klonische Zuckungen am rechten Mundwinkel ein. Strabismus und Ungleichheit der Pupillen wurde nicht notirt. Das Kind konnte weder stehen noch sitzen; bei Bewegungsversuchen wurde der rechte Arm rhythmisch hin- und hergeschleudert. Der Kopf wurde häufig stark nach hinten und

nach der rechten Schulter gezogen. Die Sehnerven verhielten sich normal, ebenso die Temperatur. Der Stuhl war angehalten, doch liess der Knabe alles unter sich gehen. Weiterhin wurde Lähmung der linken Gesichtshälfte, klonische Zuckungen auch im linken Arm bei intendirten Bewegungen und gelegentlich Heraufziehen der Beine beobachtet. Drei Wochen nach der Aufnahme starb das Kind. Bei der *Section* fand sich ausser hochgradiger Wasseransammlung in den Ventrikeln ein Tumor, der den centralen und hinteren Theil der Medulla oblongata einnahm und im Pons sich fast ausschliesslich auf die linke Hälfte beschränkt. Histologiseh war die Geschwulst als Tuberkelmasse charakterisirt.

Pierson (Dresden).

---

171) **Macleod** (Carlisle, England): Arrested growth of left arm and leg. Localised absence of grey matter in the motor area of the opposite cerebral hemisphere. (Wachsthumshemmung des linken Arms und Beins. Localisirtes Fehlen der grauen Substanz in der motorischen Zone der gegenüberliegenden Hemisphäre. (Brain, Januar 1882.)

Ein 36jähriger epileptischer Idiot zeigte die nachfolgend angegebenen, angeblich von Geburt an beobachteten Deformitäten. Der linke Arm war bedeutend kleiner als der rechte, wenn auch in allen Theilen entwickelt. Der Arm befand sich in Adduction, Ellbogen- und Handgelenk flectirt, der Daumen eingeschlagen. Das linke Bein war zwei Zoll kürzer als das rechte; es war im Kniegelenk flectirt, auch etwas in der Hüfte gebeugt, die Ferse war in die Höhe gezogen. Die Muskeln am Becken und Oberschenkel waren leidlich entwickelt, weiter unten aber vollständig verkümmert. Der linke Fuss war kürzer und kleiner als der rechte. Die Locomotion erfolgt durch Hüpfen auf dem rechten Bein. Die Hautsensibilität war erhalten. Bei den epileptischen Anfällen waren im linken Arm keine Zuckungen zu bemerken, wohl aber in den linksseitigen Beckenmuskeln.

Sectionsbefund: Schädel dick; Dura verdickt; nach Entfernung derselben zeigt sich am rechten Scheitellappen eine Depression, über welcher die Pia congestionirt und schwer abziehbar ist. Die Windungen der rechten Hemisphäre sind atrophisch, besonders an Stirn- und Scheitellappen. Die erwähnte Depression liegt am oberen Ende der Rolando'schen Furche und hat von vorne nach hinten eine Ausdehnung von 2 Zoll, von oben nach unten misst sie $^5/_4$ Zoll. Die Windungen fehlen hier gänzlich und sind durch ein lockeres Bindegewebe ersetzt, welches mit der Pia zusammenhängt und direct an das weisse Marklager der Hemisphäre anstösst. In den Ganglien, Hirnschenkeln und Medulla oblongata ist nichts Abnormes (secundäre Degeneration) zu bemerken. Die linke Hirnhälfte war normal.

Der Verf. glaubt, dass in frühester Jugend, wahrscheinlich durch ein Trauma ein Bluterguss stattgefunden hat, welcher allmählig zu Bindegewebe organisirt wurde und dass dadurch sowohl die Epilepsie als die Wachsthumshemmung entstanden sei.

Pierson (Dresden).

---

172) Singer J. (Prag): Ueber secundäre Degeneration im Rückenmarke des Hundes. (Sitzber. d. K. Ac. d. Wiss. zu Wien 84 B.)

Verf. hat an einer grösseren Anzahl von Hunden (totale oder partielle) Rückenmarksdurchschneidungen, an anderen Durchschneidung hinterer Wurzeln und endlich in einer dritten Reihe die Exstirpation der motorischen Hirnrindenregion vorgenommen. — Die dabei über die secundären Rückenmarksdegenerationen gewonnenen Resultate stimmen in manchen Einzelheiten nicht mit den Ergebnissen früherer Forscher überein. —

Während Binswanger nach experimenteller Zerstörung der motorischen Rindengebiete beim Hunde keine secundäre Degeneration im Rückenmarke vorfand, konnte Verf. dieselbe in allen Fällen nachweisen, und zwar betrifft sie ein Querschnittsfeld des contralateralen Seitenstranges, welches sehr grosse Aehnlichkeit mit der Pyramiden-Seitenstrangbahn des Menschen hat; eine Degeneration in den Vordersträngen (Pyramidenvorderstrangbahn) war nicht constatirbar.

Die Bildung der Goll'schen Stränge wäre so zu erklären, dass von jeder hinteren Wurzel eine geringe Faseranzahl als directe Bahn zur Oblongata verläuft; wenigstens für die Sacral- und Lendenerven wurde dies dadurch nachgewiesen, dass nach Durchschneidung der gedachten hinteren Wurzeln eine aufsteigende Degeneration in den Goll'schen Strängen auftrat. —

Bemerkenswerth ist auch die bereits von Schiefferdecker angegebene Thatsache, dass Seiten- und Vorderstrang zum grössten Theile aus Fasern bestehen, welche nach totaler Rückenmarksdurchschneidung nicht degeneriren. Dies zeigte sich deutlich in einem Falle in welchem das Rückenmark eines Hundes, an zwei Stellen — (in der Höhe des ersten Lendennerven und zwei Nervenursprünge weiter oben) durchschnitten worden war. Trotzdem sich nach der Tödtung des Thieres (12 Tage nach der zweiten Operation) in dem zwischen beiden Schnitten gelegenen Rückenmarksstücke eine Combination von aufsteigender und absteigender Degeneration fand, war doch die Mehrzahl der Fasern auf dem Querschnitte der Vorder- und Seitenstränge intact geblieben.

Auf die weiteren Details der Arbeit kann hier nicht eingegangen werden. Obersteiner (Wien).

---

173) Joffroy et Hanot: Sur les accidents bulbaires aigus, observés dans la première période de l'ataxie locomotrice. (Prog. méd. 1881. Nr. 31.)

Die von den Verff. mitgetheilten 2 Fälle, welche sie der Tabes dorsalis mit atypischem Verlaufe zuzählen, sind interessant 1. durch das frühzeitige Auftreten schwerer bulbärer Symptome, welche im zweiten Falle sogar die Krankheit einleiten, und 2. durch die rasch erfolgte Besserung, woraus die Verff. schliessen wollen, dass es sich in der med. oblong. mehr um vasomotorische Störungen, um eine Hyperämie gehandelt haben dürfte.

1. Fall. Ein 47 Jahre alter Notar, der in der Kindheit mehrere Anfälle von acutem Gelenkrheumatismus überstanden hatte, später aber gesund war,

wurde 1879 von vagen Schmerzen, nicht blitzähnlichen Characters befallen, welche nicht von Fieber begleitet waren. Kurz darauf stellten sich Perversität des Geschmacks bei gesunder Verdauung — Auftreten eines bitteren Geschmacks bei süssen Speisen, Gesumm im Ohr und eine geringe Schwäche der Blase ein. Nach einiger Zeit schwanden diese Symptome und der Kranke war scheinbar gesund. — August 1880 stellte sich plötzlich erschwerte, näselnde Sprache ein, zwei Stunden später erschwertes Schlucken sowohl für feste als auch für flüssige Nahrungsmittel, letztere entleerten sich zum Theil wieder aus der Nase, jedoch wurde niemals Verschlucken beobachtet. Von Neuem trat oben angeführte Geschmacksstörung auf u. Herabsetzung der Sensibilität für alle Qualitäten, jedoch ungleich vertheilt. — Novbr. 80. Rechtsseitige Facialisparese. Decbr. 80 neben oben mitgetheilten Symptomen noch Folgendes: Es fehlt der Patellarsehnenreflex beiderseits, bemerkbare Blasenschwäche, der Geschlechtstrieb ist gänzlich erloschen. Am ganzen Körper — auch im Gesicht — anästhetische Stellen, besonders für Berühren und Stechen. Im Gesicht wirkt Hitze an den anästhetischen Stellen schmerzhaft. Coordinationsstörungen fehlen und haben auch niemals bestanden.

Nach zweimonatlicher hydropathischer und electrischer Behandlung (constanter Strom) und beim Gebrauch von Secal. cornut. beträchtliche Besserung. Die Deglutition zeigt sich unbehindert, die Phonation normal, ebenso der Geschmack. Die Blasenlähmung ist verschwunden und die geschlechtliche Potenz ist zurückgekehrt und es besteht kein Gesumm mehr im Ohr. Die anästhetischen Stellen persistiren noch, sind jedoch weniger deutlich ausgesprochen.

2. Fall. B. 50 Jahre alt, robuster muskulöser Arbeiter, litt vor 25 Jahren an einer venerischen Krankheit mit vereiternden Bubonen. In den ersten Tagen des Monat März 81 bemerkte er rasche Ermüdung beim Gehen und Ameisenkriechen in Armen und Beinen. Am 5. III. versagten die Beine vollständig den Dienst. 7. III. Schwindelanfall ohne Bewusstseinsstörung. Darauf Unfähigkeit beim Gehen, weil die Beine einknickten. Der Mund konnte von dem Patienten freiwilig nicht geschlossen werden, stand desshalb stets offen. Dasselbe Verhalten an den Augen, rechts ausgesprochener als links. Schwierigkeit beim Schlucken, heftige Cephalalgie. Später waren die Augenlider vollständig unbeweglich und die Gesichtsfalten ganz verstrichen.

Die Sprache (Articulation) war erschwert. Der Kranke war nicht mehr im Stande die Lippen aneinander zu bringen, wenn er trinken wollte und musste desshalb mit den Händen nachhelfen. Den Bissen musste er tief in die Mundhöle schieben, das Kauen war behindert, jedoch erfolgte die Deglutition ohne Schwierigkeit und es kam nichts durch die Nase zurück. Die Zunge konnte nur wenig mit einer Abweichung nach links vorgestreckt werden. Die Geschmacksperception war abgeschwächt, Lachen und Pfeifen dem Pat. fast unmöglich. Die Bewegungen der Bulbi waren nach jeder Richtung hin möglich, die Pupillen extrem erweitert zeigten keine Differenz. Die Augen thränten beständig. Keine Dipopie. Das Gehör war rechts abgeschwächt, im Gesicht besteht keine Anästhesie. Die Motilität war in den ob. Extremitäten vermindert, jedoch rechts mehr. In den Nächten litt der Pat. an ausstrahlenden Schmerzen von der Schulter nach der Hand. Es bestand Gürtelgefühl, Druckgefühl an der Thoraxwand, einige Male mit Suffocationserscheinungen und Ameisenkriechen in den Händen. An den Armen und der Thoraxwand, an den Füssen und linkem Oberscbenkel fanden sich Stellen mit verminderter Sensibilität. Deutlicher ataktischer Gang.

Der Boden wurde wie Filz unter den Füssen gespürt. Es fehlte der Pat. 5. Refl. Keine Muskelatrophie. Constipation. Urindrang.

Die Therapie bestand im Gebrauch salinischer Abführmittel, Kal. jodat 2,0 pro die, worauf sich allmählig eine Besserung aller Symptome einstellte und es blieb nur eine leichte Incoordination beim Gang, geringer unvollständiger Schluss der Augenlider, besonders rechts, leichte Parese der Gesichtsmuskeln und Abstumpfung der Gehörfähigkeit des rechten Ohres zurück.

Halbey (Bendorf).

---

174) **Henderson** (London): Locomotor Ataxia from Small-pox. (Brit. Medic. Journ. Decbr. 24. 1881.)

Verf. führt einen Fall von *Tabes nach Pocken* an, der seiner Symptome und seines günstigen Verlaufes wegen wohl mehr zur acuten Myelitis zu rechnen sein dürfte. Voigt (Oeynhausen).

---

175) **Lunn:** Myxoedema. (Brit. Med. Journ. Decbr. 24. 1881.)

Verf. führt 2 Fälle von *Myxoedem* an, in deren einem (57jährigen Mann) Wahnideen vorhanden waren. D. Mahomed möchte das Myxoedem unter die Fälle chronischer Bright'scher Nierenerkrankung setzen. Dagegen spricht, dass, wenn auch in vielen, so doch nicht in allen Fällen, die gefundene Störung sich auf jene Brigt'sche Krankheit beziehen lassen. Dafür ist anzuführen, dass bei Myxoedem gerade wie bei der von Gull und Sutton beschriebenen chronischen Bright'schen Erkrankung *ohne* renale Symptome arterio- capilläre Sclerose vorhanden ist. Voigt (Oeynhausen).

---

176) **Simon:** Slow Pulse. (Brit. Med. Journ. Decbr. 24. 1881.)

Verf. berichtet von einem Falle, in welchem 13 Jahre hindurch der Puls 12 bis höchstens 40 Schläge in der Minute betrug (Refer. kennt mehrere ähnliche Fälle: ein alter 72jähriger Mann, Liebhaber geistiger Getränke, bis auf Hämorrhoidalbeschwerden absolut gesund, hat seit seiner Jugend bis jetzt nie mehr als 28—30 Pulsschläge in der Minute.) Voigt (Oeynhausen).

---

177) **Leale** (New-York): Pyaemic Parotitis. (Chicag. Med. Rev. 1882. 1.)

Verf. citirt 2 Fälle, in denen der Eiter in den äussern Gehörgang durchbrach. Es trat danach Taubheit auf beiden Ohren und in einem Falle zugleich totale Blindheit auf. Da diese Symptome mit der allgemeinen Besserung des Patienten schwanden, so verdankten sie ihre Entstehung wahrscheinlich einem Hirnödem. Voigt (Oeynhausen).

---

178) **Bennet:** Tetanus after Ovariotomy. (Lancet, Decbr. 3., 1881.)

K. berichtet einen Fall von Ovariotomie, der 16 *Tage* später *Tetanus folgte* (selten!). Der Tod erfolgte 3 Tage später trotz Atropin, Chinin, Physostigmin, Chloroform, Morphium, Nicotin.

Voigt (Oeynhausen).

---

179) **Hotz** (Chicago): Fatal Tetanus caused by a piece of wood in the orbit. (Traumatischer Tetanus.) (Chicago Medical Revue Nro. 1. p. 14.)

Ein 16jähriger Knabe verletzt sich bei einem Falle der Art, dass ein 2 Zoll langes und 3/4 Zoll dickes Stück Holz vom linken Thränenbein aus quer durch die Nase bis in die rechte Orbita eindringt. Eiterung, Hervortreten des rechten Augapfels. Trismus, Entfernung des Holzstückes, wonach der Krampf sich für 12 Stunden bessert. Dann erfolgt trotz Morphium und Chloroform der Tod unter allgemeinem Tetanus. Voigt (Oeynhausen).

---

180) **Foot:** Hiccough (Schluckauf). (British Med. Journ. Decbr. 17. 1881.)

Verf. heilte einen Fall von mehrmals recidivirendem *Schluckauf* (ca. 14 Mal in der Minute), nachdem er das letzte Mal 20 Wochen bestanden hatte, durch Jodoform, Extract. cannab. indic. und Extract. conii.

Voigt (Oeynhausen).

---

181) **Barlow:** Hysterical Analgesia in children. (Brit. Med. Journ. Dec. 3. 1881.)

Verf. berichtet über 8 Kinder, die angeblich an *hysterischer Analgesie* litten; doch sind die Fälle nicht rein, da fast in allen epileptiforme Symptome vorhanden waren. Beiläufig behauptet Dr. B. fälschlich, dass unter Kinder die Neigung zur Simulirung von Krankheiten selten sei. Voigt (Oeynhausen).

---

182) **Jewell** (Chicago): Spinal-Irritation. (Journal for nervous and mental diseases. New-York, Oct. 1881.)

Eine kurze klinische Vorlesung, in welcher Verf. seine persönlichen Erfahrungen über Spinalirritation darlegt. Er unterscheidet zwei Hauptgruppen von Fällen; 1. solche die auf *Ueberanstrengung* namentlich des Muskelsystems beruhen, 2. solche, die durch *Ueberreizung*, von Reizzuständen der inneren Organe, namentlich von den Digestions- und den Beckenorganen ausgehend, bedingt sind. Als wichtigstes Symptom bezeichnet er das Gefühl von fortwährender Ermüdung, das sich bis zu wirklicher Schmerzhaftigkeit steigern kann und mit Hyperalgesie im Bereiche derjenigen Nerven, welche sich im überreizten Zustande befinden resp. desjenigen Rückenmarksabschnittes, in welchen diese Nerven einmünden, verbunden ist.

In therapeutischer Hinsicht empfiehlt er neben Berücksichtigung der Causalindication längeren Gebrauch kleiner Dosen von Opiumpräparaten in Verbindung mit Belladonna und ferner den electrischen Pinsel, den er an der Wirbelsäule applicirt; ausserdem auch Massage, die dem einzelnen Falle anzupassen ist. Pierson (Dresden).

---

183) **Buzzard** (London): A clinical lecture on shaking palsy. (Ueber Paralysis agitans). (Brain, Januar 1882.)

Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Paralysis agitans und multipler Sklerose bemerkt Verf., dass in manchen Fällen von Sklerose der Tremor nicht nur bei intendirten Bewegungen, sondern auch in der Ruhe auftritt, während es Beispiele von Paralysis agitans gibt, wo das Zittern in der Ruhelage nachlässt und bei willkürlichen Bewegungen mehr hervortritt. Als ein bemerkenswerthes

Symptom erwähnt B. ferner eine Eigenthümlichkeit der Stimme, welche er mehrfach beobachtet hat und die er dahin charakterisirt, dass die Kranken so sprechen wie auf der Bühne traditionell das Greisenalter dargestellt wird, nämlich mit einer hohen pipsenden (piping) Stimme. Ein Patient der diese Erscheinung zeigte, wurde von Semon laryngoskopisch untersucht, allein der Befund war vollkommen negativ; B. glaubt, dass dies Symptom durch functionelle Störung in der Muskulatur des weichen Gaumens bedingt sei.

Pierson (Dresden).

---

184) **Feletti:** Ein wirksames Mittel die hystero-epileptischen Anfälle zu cupiren. (Riv. clinica di Bologna 1881 Sept.)

Kräftige Hautreize am Epigastrium haben sich für den angegebenen Zweck als sehr erfolgreich erwiesen, und zwar entweder Sinapismen, oder was vorzuziehen ist, Einreibungen mit Senfoel; als bestes Mittel wird aber die faradische Hautreizung anempfohlen. Obersteiner (Wien).

---

185) **Suegin** (New-York): The Efficacy of Potassium jodide in non-syphilitic diseases of the nervous system. (Chicago Med. Rev. 1882. 3.)

Verf. sagt, dass der Nutzen des Jodkali in gewissen Krankheiten durchaus nicht anzeige, dass diese syphilitischer Natur seien; im Uebrigen sei dieser Nutzen bei nicht syphilitischen Nervenkrankheiten gross. Er führt zum Beweise zunächst 3 Fälle von Hirntumoren an, von denen einer eine 4 Jahre dauernde Besserung erfuhr; die beiden andern zeigten gleichfalls, aber nur für einige Zeit, eine gewisse Besserung einzelner Symptome. Da ähnliches bei Hirntumoren auch ohne jede Medication zuweilen eintritt, so ist es zweifelhaft, ob in den beiden letzten Fällen das Jodkali wirklich Nutzen brachte. Sodann erwähnt er eine Hemiparästhesie, die angeblich durch Jodkali geheilt wurde. Da jedoch Patient später an Dement. paralytic. starb und Parästhesien oft vorübergehend sind, so ist auch dieser Fall nicht beweisgiltig. Ein zweiter Kranker litt an Tabes und soll durch Jodkali etwas besser geworden sein. Ein dritter wurde von rechtsseitiger Hemiepilepsie mit Aphasie in wenig Wochen (auch definitiv?) auf dieselbe Weise befreit. Endlich führt er 3 Fälle von „nicht tuberculöser“ Basilarmeningitis an, die sämmtlich geheilt wurden (wie dies auch schon von andern Autoren seit Langem bestätigt ist.) Bei der Discussion spricht sich namentlich Hammond im Sinne Seguin's aus.

Voigt (Oeynhausen).

---

186) **Kiernan** (Chicago): Medico-legal relations of epilepsy, a study of the Hayvren — Salter homicide. (Chicag. Medic. Rev. Nro. 3, 1882. p. 61.)

Verf. sagt, den Fall eines an Epilepsie leidenden Mörders besprechend, dass die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich epileptischer Verbrecher durchaus zweifelhafte und zum Theil verfehlte seien. Der Epileptiker könne einen Act (Verbrechen) vorher überlegen, ja sogar die gesetzlichen Consequenzen derselben zu kennen scheinen — dennoch

sei die Ausführung des Actes directe Folge seiner Epilepsie. Spitzka, Sommer und Andere haben mit Recht ausandergesetzt, dass dem epileptischen Anfalle ein Stadium des Irreseins voraufgeht, ein ebensolches folgt, dass an Stelle der Convulsionen ein psychisches Aequivalent, zwischen den Anfällen eine Zeit des Irreseins auftritt, dass diese geistigen Phänomene verschieden lange dauern (bis Wochen) und verschieden heftigen Character haben. K. kommt deshalb bei der Besprechung des Falles, in welchem eine Menge sich zum Theil sehr widersprechender ärztlicher Gutachten abgegeben wurden, zu dem Schlusse, dass der Betreffende im Zustande des epileptischen Irreseins einen Todtschlag beging, da er epileptische Blässe zeigte, in der Kindheit und Jugend Convulsionen hatte, ein grundloses Motiv seine That anführte, unmittelbar nach derselben kalt und „gesammelt" eine Minute absolut stillstand, dann heftig erregt wie ein Maniacalischer, später in einen stupiden Zustand versetzt wurde.

Die Section des später Hingerichteten ergab keine positiven Resultate, aus denen man auf die Richtigkeit dieser oder einer anderen Ansicht hätte schliessen können.*) Voigt (Oeynhausen).

---

187) **C. Stécoulis** (Constantinopel): Deux cas de morphiomanie. (Gaz. médic. d'Orient, Novemb. 1881.)

Verf. hat Gelegenheit gehabt zwei Fälle von Morphinismus in Constantinopel zu beobachten. Der erste Fall, welcher einen 38jährigen Arzt betrifft, dessen Mutter geisteskrank gewesen war, ist dadurch von Interesse, dass der sehr herabgekommene Kranke, während er die Visite im Spitale abhielt, plötzlich unter apoplectiformen Erscheinungen starb. — Die Section wurde nicht gemacht.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen 35jährigen Kranken, welcher nach $2^1/_2$jährigem Gebrauche von Morphininjectionen (bis 0,3 pro die) sich einer plötzlichen Entziehungscur mit günstigem Erfolge unterzog.

Obersteiner (Wien).

---

188) **Hollaender** (Wien): Ueber circumscriptes Gehirnödem als Ursache von Herdsymptomen. (Jahrbücher für Psychiatrie III. Jahrg. S. 176.)

Verf. beobachtete zwei Krankheitsfälle, wo — abgesehen von hier nicht in Betracht kommenden pathologischen Gehirnveränderungen — eine *überwiegende seröse Durchfeuchtung* jener Theile des Gehirns vorhanden war, welche sich durch Ausfalls- und Reiz-Erscheinungen als gestört manifestirt hatten. Es handelte sich im Wesentlichen beidemale um *rechts*seitige Parese der ob. und unt. Extremität, sowie des facialis und klonischen Zuckungen, einmal der *rechten* ob. Extr., das andere Mal des Facialis und der ganzen *rechts*seitigen Rumpf-

---

*) Zu diesem interessanten Capitel weise ich auf die, wie es scheint, vergessene Dissertation von Ostner: *Epilepsie vom staatsärztlichen Standpunkte*, Giesen 1858 hin. Daselbst finden auch die neueren „Entdecker" des ante- und postparoxysmellen Irreseins das Citat aus Paul Zacchias, (Quaest. med. legal. Tom. III. cons. 27. n. 7. 8. Frankfurt 1688): Epileptici gravi morbi accessione tentati, *ante accessionem et post accessionem per aliquot dies extra mentem sunt.* Erlenmeyer.

und Extremitäten-Muskulatur. Im ersteren Falle war vorwiegendes Oedem der *links*seitigen Ganglienmassen, im zweiten Falle Oedem der ganzen *linken* Hemisphäre vorhanden. Die neben den Ausfallserscheinungen vorhandenen *Reizsymptome* werden durch vorhandene *partielle Anämie* — eine Folgeerscheinung des Oedems — erklärt.

Langreuter (Dalldorf).

---

189) **Fritsch** (Wien): Ueber den Einfluss fieberhafter Krankheiten auf Psychosen. (Jahrb. Psych. III. pag. 234.)

Verf. gibt 2 Krankengeschichten:

41jährige Musikerwitte wurde am 19. 2. 79 aufgenommen im Zustande *ängstlicher Erregung* die einige Tage vorher begonnen. Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen etc. hatten bereits längere Zeit bestanden. Grund der Psychose waren Nahrungssorgen gewesen. Durch plötzliche Spendung einer grösseren Geldsumme war die Erregung entstanden. Illusionen, Verfolgungswahnideen, Urtheilsschwäche. Dabei herabgekommene Ernährung der tuberculösen Kranken, Tremor der Hände, leichte Facialisparese rechterseits, später Sprachstörungen in Form von Silbenstolpern. — 3 Wochen nach der Aufnahme entstand nach Abscedirung einer Cervicaldrüsenschwellung ein wanderndes Gesichtserysipel mit grosser psychischer Benommenheit und Delirien. — Nach dem Schwinden des Erysipels nach 3 Wochen kehrte bei der Kranken Ruhe, Krankheitsbewusstsein und klares Urtheil zurück; dieselbe wurde nach kurzer Zeit geheilt entlassen.

Der 2. Fall betrifft ein 38jähriges Kammermädchen, aus nervöser Familie stammend. Dasselbe wurde im Februar 1880 aufgenommen, nachdem sie bereits *mehrere Jahre verstimmt* gewesen war, und in letzter Zeit Verfolgungswahnideen geäussert hatte. Hauptsymptome der Psychose waren: *Angst, Unruhe* und Hallucinationen. Anfang März Gesichtserysipel mit heftigen Erscheinungen. 3 Wochen später Rückgang sämmtlicher psych. Krankheitssymptome. Ende April geheilt entlassen, nur ist Neigung zu nervösen Zufällen leichten Grades bestehen geblieben.

Anhangsweise reiht der Vortragende noch einen Fall an, in welchem ein im Juli 79 mit den ausgesprochenen Erscheinungen des paralytischen Blödsinns aufgenommener Kranker durch ein nach Jahresfrist acquirirtes Gesichtserysipel einer relativen Heilung entgegengeführt wurde, die im Dezember 80 noch anhält. —

Nachdem Verf. aus der Literatur noch mehrere ähnliche Fälle angeführt, spricht er die Ansicht aus: dass dem *Einflusse des Fiebers* die Heilung der Psychosen zuzuschreiben sei, und zwar soll bei functionellen Gehirnerkrankungen (Manie, Melancholie etc.) die häufig auf Ernährungsanomalien des Vorderhirns beruhen, die Stoffumsatz steigernde und Circulation befördernde Eigenschaft des Fiebers die wirkende Ursache sein. — Die beobachtete Remissionen bei Paralyse in Folge von Erysipel werden ebenfalls durch das Fieber bewirkt, indem dasselbe *eine lebendigere Erregung* der noch functionsfähig gebliebenen Elemente der Hirnrinde bewirkt.

Im Anschluss an den Vortrag von Fritsch berichtet Holler in derselben Sitzung über einen von ihm beobachteten Fall von Heilung einer maniakalischen Kranken im Stadium der Abschuppung eines Erysipels. — Langreuter (Dalldorf).

---

190) **Sterz** (Brünn): Beitrag zur Lehre von der „conträren Sexualempfindung.“ (Jahrb. f. Psych. III. Jahrg. S. 211.)

Verf. liefert einen neuen Beleg für den hauptsächlich von Krafft-Ebing vertretenen Satz, dass die perverse Sexualempfindung bisher nur bei geistig *nicht* intacten Individuen beobachtet ist, und zwar litten die Patienten meistens an originärer resp. primärer Verrücktheit. — In dem erwähnten Falle handelte es sich um eine Persönlichkeit im mittleren Lebensalter, hereditär belastet, mit asymmetrischem Schädel, dessen Leben, Denken und Fühlen exquisit das Bild eines originär abnormen dazu geistig schwachen Menschen bot. Bei demselben bestand seit der Pubertät Hinneigung zu Männern, anfangs in ethischer Auffassung, später in grob sinnlicher Weise, dagegen Abscheu vor *normaler* Befriedigung des Geschlechtstriebes, der Art, dass bei Cohabitationsversuchen Eckel, Erbrechen, selbst Ohnmacht eintrat. Trotz mehrfacher Bestrafung war der Hang zur Päderastie ein unüberwindlicher. Wegen seines letzten derartigen Delicts wurde der Pat. — trotz seines anerkannten abnormen psychischen Zustandes — zu 1 Jahr 6 Monaten Gefängniss verurtheilt. Langreuter (Dalldorf).

---

191) **Grieve:** Etiologie of progressive paralysis. (British Med. Journ. Decbr. 17. 1881.)

Verf. führt aus seiner Irrenanstalt (Berbice, British Guiana) verschiedene Thatsachen an, die die Ansichten Austin's u. A. unterstützen, dass geistige Ueberanstrengung eine wichtige Rolle in der *Erzeugung der progressiven Paralyse* spielt. Unter 700 seiner Kranken litt nur einer, ein Europäer an derselben. Da nun in British Guiana alle als gewöhnliche Ursachen der progressiven Paralyse angesehenen Factoren mit einziger Ausnahmen der „geistigen Arbeit“ vorhanden seien, so folge, dass letztere gerade das hauptsächlichste Moment zur Hervorbringung jener Paralyse abgebe. Zugleich folge daraus, dass diese Paralyse unter allen Psychosen die augenfälligsten physicalischen Symptome setze, wie innig unser körperliches und geistiges System zusammenhänge.

Voigt (Oeynhausen).

---

192) **Vermeulen** und **Ingels** (Gent): Rapport médico-légal. Diffamation. (Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. 1881. 23.)

Vor einiger Zeit waren in B. von unbekannter Hand Visitenkarten verbreitet worden, welche die gemeinsten Beleidigungen gegen einen achtbaren Bürger enthielten. Der Urheber derselben wurde entdeckt und zu mehrmonatlicher Gefängnissstrafe verurtheilt. Bald darauf hatte derselbe eine politische Manifestation, die gerade stattfinden sollte, durch falsche Depeschen abbestellt und ausserdem noch die Demission eines Notars veranlasst, indem er, ohne dass der Notar eine Ahnung davon hatte, in dessen Namen seine Entlassung beim Justizminister einreichte. Dies geschah so geschickt, dass die Demission in der That officiell angenommen wurde. Als nun nach kurzer Zeit wieder von demselben Menschen in sehr schlauer und vorsichtiger Weise Karten mit den gröbsten Iujurien gegen denselben Herrn, der bereits früher das Opfer ähnlicher Verfolgung gewesen, verbreitet worden waren, wurde er in Haft genommen und auf seinen Gemüths-

zustand untersucht. — Aus der ärztlichen Untersuchung ist nur hervorzuheben, dass der Angeklagte einer Verwandtenehe entstammt und an einem ziemlich erheblichen Grade von Schwerhörigkeit leidet. Er ist sehr begabt, aber in Folge seines Gebrechens argwöhnisch und mürrisch. Oft glaubte er, dass man über ihn rede und ihn verhöhne. Besonders gegen den Herrn, gegen den er die beleidigenden Karten verbreitet hatte, hegte er den Verdacht, dass er ihn verspottet habe. An dem Notar hatte er sich mit dem vorher erwähnten Entlassungsgesuche gerächt, weil er sich von ihm gleichfalls durch gewisse Zeichen und Andeutungen verspottet wähnte. — Die Sachverständigen nehmen an, dass der Angeklagte zur Zeit da er seine strafbaren Handlungen beging, mit Ueberlegung gehandelt habe und auch gegenwärtig des Gebrauchs seiner Vernunft nicht beraubt sei, dass er sich aber dennoch in einer Gemüthsverfassung befinde, die von einer eigentlichen Geisteskrankheit nicht weit entfernt sei.

Rabow (Berlin).

---

193) **B. Mongeri** (Constantinopel): Gerichtsärztlicher Bericht über den Geisteszustand des Dely Mehemed, beschuldigt des Mordes an dem russ. Oberstlieutenant Kummeran. (Jahrb. f. Psych. III. Jahrg. S. 186.)

Der Bericht, datirt vom 23. 4. 80, wurde abgegeben von einer berufenen Versammlung von 32 Aerzten, ottomanischen und fremden. — Der in Frage kommende Thatbestand ist kurz folgender:

Am 17. 2. 80 Nachm. 2 Uhr wurde in Constantinopel der der russ. Gesandtschaft attachirte Oberstlieutenant Kummeran gelegentlich eines Spazierrittes durch 2 Schüsse tödtlich verwundet, und starb 62 Stunden nach dem Erreignisse. — Als Mörder wurde festgestellt der im kaiserlichen Palast bedienteste Musketier Deli Mehemed aus der bosnischen Provinz Novibazar. Nachdem derselbe unter hartnäckiger Gegenwehr seinerseits verhaftet war, erklärte er im ersten Verhör: *dass er, müde des Lebens, bevor ihn die Albanesen tödteten, einen Christen habe tödten wollen, von was immer für einer Nationalität, aber niemals einen Muselmann.* Später äusserte Inculpat: *„Ich war in meinem Verstande verwirrt, das Blut ist mir in den Kopf gestiegen, ich habe das Bewusstsein dessen was ich that, verloren.“*

Der Verhaftete zeigte im Gefängniss ein Verhalten, das den Verdacht bestehender Geistesstörung aufkommen liess, er wurde deshalb zur Beobachtung der Irrenanstalt von Toptachi übergeben. —

Dem sehr ausführlichen und genau detaillirten Exposé der Sachverständigen liegen folgende Hauptgesichtspuncte zu Grunde: Bei dem 20jährigen athletisch gebauten Mann liegen keine körperlichen Abnormitäten vor; erbliche Belastung nicht vorhanden.

1. Aus dem Gebahren des Mörders nach der Verhaftung, sowohl während seines Aufenthaltes im Gefängnisse, als in der Irrenanstalt, sind keine Momente vorhanden, die zur Annahme einer Geistesstörung nöthigen. Weder Hallucinationen, Illusionen, noch Wahnvorstellungen bestehen. Die Intelligenz ist intact. — Auch die von den Angehörigen erhobene Anamnese ergiebt nichts Gravirendes.

2. Dagegen ist der Verdacht der Simulation berechtigt. In dem vom Inculpaten producirten Krankheitsbilde waren *pathologische Unmöglichkeiten* zusammengesetzt. Die Anfälle von Tobsucht trugen das Gepräge der Simulation. Inculpat liess sich in Bezug auf die Untersuchung des Gedächtnisses, der Intelligenz, Widersprüche zu Schulden kommen. Er behauptete nicht türkisch sprechen zu können, wurde später des Gegentheils überwiesen etc.

3. Die innere Erklärung des verbrecherischen Vorfalls ist (auch ohne Annahme von Geistesstörung) gegeben in dem Character des bosniakischen Volkes, dem der moralische Sinn in Bezug auf den Mord vollständig abgeht. Nachgewiesener Maassen hatte Inculpat aus irgend einem Grunde einen Zweikampf mit einem Albanesen ausgeschlagen; wahrscheinlich war ihm darauf der Vorwurf der Feigheit gemacht worden, und um sich zu rehabilitiren, wollte er irgend eine „muthige That" vollbringen, und als eine solche schien ihm zu genügen die Ermordung eines Fremden auf offener Landstrasse, am hellen Tage, in Gegenwart zahlreicher Personen.

Das Schlussgutachten geht dahin: „dass Dely Mehemed niemals wahnsinnig gewesen, und es gegenwärtig nicht ist." —

Langreuter (Dalldorf).

III. Vereinsberichte.

I. Societé médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 13. Januar 1882. (Progrès médicale 1882 Nro. 5.)

194) **Gaucher** spricht über einen *Fall von Lähmung durch Vergiftung mit Kohlengasen.*

Nach zwölfstündigem Aufenthalt in einer mit Kohlenoxyd geschwängerten Luft erwachte eine 30jährige Frau erst am folgenden Tage rechtsseitig gelähmt. Es lag keine wahre Hemiplegie vor, nur die unteren Hälften beider rechten Extremitäten waren gelähmt bei totaler Unempfindlichkeit dieser Theile für alle Gefühlseindrücke und erhaltenem Hautreflex. Die Sehnenreflexe des Triceps und des Quadriceps waren gesteigert; die electrische Contractilität aufgehoben, locale Schweisse und glänzende Haut, schmerzhaftes hartes Oedem. Nach 2 Monaten Wiedererscheinen der electrischen Contractilität und bedeutende Besserung. Verf. sowohl wie Rendu, der über dieselbe Kranke geschrieben, hält die Affection für eine gemischte, centrale wie peripherische, Lähmung.

Rohden (Oeynhausen).

II. Societé de Biologie.

Sitzung vom 14. Januar 1882.

195) **Richet** theilt mit, dass er bei einer, weder hysterischen noch auch hypnotisirten Patientin durch einfaches Pressen der Muskelmassen des Vorderarms Muskelcontractionen mit nachfolgenden Contracturen, die dem Anblasen wichen und nach mehrmaligen Wiederholungen excessiv wurden, erzeugen konnte. Eine oscillatorische Bewegung des Unterarms bis zu einer Minute fortgesetzt besteht wider Willen fort

und verwandelt sich in eine Art epileptisches Zittern, wenn man die Erscheinung mehrfach wiederholen wollte.

Im Anschluss daran theilt Brown-Séquard mit, dass er 1851 ein junges Mädchen gesehen hat, welches alle Sonntags beim Läuten der Glocken auf dem runden glatten Rand des Bettes sitzt sich auf die Fussspitzen stellte und zwölf Stunden lang bis zum Leuten der Glocken am Abend ohne jede Bewegung betend in dieser schwanken Stellung verharrte. Durch Untersuchung konnte er jede Simulation ausschliesen und schreibt die Erscheinung einer excessiven Nerven- und Muskelkraft während religiöser Exstase zu.

Rohden (Oeynhausen).

III. Society for Protection of the Insane in New-York.

Jahresversammlung am 20. Januar 1882.

196) Unter Anderm wurde vorgetragen (Chicag. Medic. Rev. Nro. 3, 1882. p. 69), dass es *63000 Irre* im Lande gibt d. i. 1 auf 777 Gesunde. Zwischen 1870 und 1880 wuchs die Bevölkerung um 26%, die Zahl der Irren um 60%. 24000 derselben befanden sich nicht in Irrenanstalten. Voigt (Oeynhausen.)

IV. Neueste Literatur.

45. Bernheim: Etude clinique de la syphilis du cerveau, cas graves, curabilité. Paris, Doin; Broch. 8⁰ 86 pag. 3 frcs.
46. Mesnier: Du suicide dans l'armée, étude statistique, étiologique et prophylactique. Ebend. 8⁰ 123 pag. 3,80 frcs.
47. Flesch: Untersuchungen über Verbrechergehirne I. Theil. Würzburg, Stuber. 8⁰ 103 pag. M. 4,50.
48. Erb: Handbuch der Electrotherapie. I. Hälfte. Leipzig. Vogel. 8⁰ 304 pag. M. 6.
49. Clemens: Die Electricität als Heilmittel. Frankfurt (Main) Auffahrt. 8⁰ 92 pag. M. 2,40.
50. Ribot: l'Hérédité. Paris, Baillière 422 pag. 7,50 frcs.
51. Goullon-Richald: Gesundheitspflege derjenigen Berufsarten, welche vorwiegend mit geistiger Arbeit beschäftigt sind etc. Cöthen, Schettler. 200 pag. M. 2,40.
52. von Krafft-Ebing: Grundzüge der Criminalpsychologie etc. für Juristen. II. Auflage. Stuttgart, Enke, 190 pag. M. 4.
53. Stricker: Studien über die Bewegungsvorstellungen. Wien, Braumüller. 72 pag M. 2,40.
54. Zenker: Ueber den Cysticercus racemosus des Gehirns. Bonn, Cohen und Sohn. gr. 4⁰. 22 pag. 1 Tafel. M. 4.
55. Rüdinger: Ein Beitrag zur Anatomie der Affenspalte und der Interparietalfurche beim Menschen etc. Ebendas. ebenso 13 pag. 4 Tafeln M. 2.
56. Merkel: Beiträge zur Kenntniss der postembryonalen Entwicklung des menschlichen Schädels. Ebendaselbst, ebenso 22 pag. 7 Tafeln. M. 6.

Thèses de Paris; der Facultät vorgelegt vom 13. März bis 29. April.

57. Labbé: Étude sur les Granulations de Pacchioni suivie d'une note sur les moyens de comunication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne.
58. Vogelin: Contribution à l'étude du purpura alcoolique.
59. Michon: Des moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie faciale rebelle.
60. Charrière: Considérations sur les rapports de l'hystérie avec la paralysie générale.
61. Félix: Du rétard du pouls artérielle.
62. Gautier: De l'absinthisme chronique.
63. Gruet: Étude clinique sur les troubles intellectuelles dans l'ataxie locomotrice.
64. Longevialle: De l'influence de l'arsenic sur le diabète.
65. Dive: De la paralysie infantile et de son traitement par éléctricité.
66. Greffier: Étude sur l'épilepsie partielle.

Thèses de Bordeaux; der Facultät vorgelegt vom 24. December 1881 — 3. März 1882.

67. Rambaud: Contribution clinique à l'étude de la déviation conjugée des yeus et de la tête dans certains cas d'hemiplegie.
68. Pialoux: Contribution à l'étude du pemphigus.

---

69. Byrom Bramwell: The Diseases of the spinal cord. Edinburgh, Maclachlan 300 pag. 151 Abbildungen.
70. Bonnefoy: Guide pratique d'électrothérapie. 95 fig. M. 5,50.
71. Gerdts: Die Krankheiten der Sprache und ihre Heilung. 5. Aufl. M. 4.—
72. Gibney: Intermittent spinal paralysis of malaria origin. New-York, Westermann et Cie. 8⁰ 20 pag.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Ueckermünde (Pommern), Assistenzarzt, sofort, 1200 Mark, freie Station. 2) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis. Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 3) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 4) Schwetz, Volontairarzt. 5) Düren, Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 6) Blankenhain (bei Weimar), Assistenzarzt, 600—900 Mark, freie Station. 7) Marsberg (Westphalen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M. fr. Station. b) Assistenzarzt, 1. Mai, 1200 M., fr. Station. Nichtkatholiken ausgeschlossen. 8) Königslutter, 2. Assistenzarzt, 1200 M., fr. Station. 9) Die Kreisphysicate: Belgard (Cöslin), Daun (Trier), Eisleben (Merseburg) Grottkau (Oppeln) Lyk (Gumbinen), Neisse (Oppeln), Pyritz (Stettin), Mülheim a. d. Ruhr (Mülheim).

Besetzte Stellen. Kreisphysikat Deutsch-Krone durch Herrn Sanitätsrath Dr. Wilde. Physikat Militsch durch Herrn Dr. Blumenthal aus Juliusburg.

Ehrenbezeugungen. Bezirksphysikus Sanitätsrath Dr. Levin zu Berlin zum Geheimen Sanitätsrath.

Todesfall. Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Kiersky in Belgard.

Druckfehler.

Pag. 179 Z. 4 von oben lies: „Stunden" statt Minuten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig,
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. Mai 1882. Nro. 10.

INHALT.

I. Referate.

197) **M. Mendelssohn** (Petersburg): Sur le tonus des muscles striés. (Communication faite à la Société de Biologie, séance du 15. Octobre 1881. Sp.-Abd.)

M. hat die Frage des Muskeltonus im Laboratorium von Marey einer erneuten experimentellen Prüfung unterzogen. Das Wesentliche

der angewandten Methode besteht darin, dass der untersuchte Muskel — Gastrocnemius des Frosches — einer gewissen Dehnung, die ihm eine ganz bestimmte Spannung ertheilte, also nicht durch ein angehängtes Gewicht, unterworfen wurde, und zwar so, dass jede Verlängerung graphisch registrirt wurde. Es zeigte sich nun nach Durchschneidung des n. ischiadicus eine kurz dauernde tonische Contraction und darauf eine 10—15 Minuten dauernde Verlängerung um 0,0005—0,0012 mm., nach welcher der Muskel dauernd Etwas verlängert blieb. Eine ähnliche permanente Verlängerung trat nach Durchschneidung des Rückenmarks und nach Curarisirung ein. Die Durchschneidung der hinteren Wurzeln hatte denselben Effect. Andere Untersuchungen lehrten, dass die Durchschneidung des Nerven die Elasticität des Muskels bedeutend vermindert, während sie die Dehnbarkeit vermehrt, und zwar ebenfalls dauernd. Der Vf. meint desshalb folgende Schlussfolgerungen aufstellen zu können:

1. Die quergestreiften Muskeln besitzen einen Tonus, welcher durch Nerveneinfluss bedingt ist.
2. Der Tonus ist ein Reflexact.
3. Er ist permanent und wird durch eine gewisse Dehnung des Muskels zur Erscheinung gebracht.
4. Er ist nur eine besondere Form der Elasticität des Muskels.

Dehn (Hamburg).

---

198) **M. Mendelssohn** (Petersburg): Quelques recherches relatives à la Mécanique du muscle. (Communication faite à la Société de Biologie, séance du 29. October 1881.)

Die Untersuchungen, die nach einer analogen Methode wie die über den Muskeltonus (S. d. Referat) angestellt sind, und bei denen die Reizung durch einen mit Condensator versehenen Inductionsapparat bewirkt wurde, betreffen die *Hubhöhe*(hauteur de soulèvement), die *elastische Dehnbarkeit* (extensibilité élastique) und die *elastische Nachwirkung* (extensibilité supplémentaire).

Vf. constatirte, dass, wenn auch im Allgemeinen die *Hubhöhen* mit Vermehrung der Last abnehmen, dies doch erst bei einer gewissen Grösse der Last richtig ist, während bei noch geringeren Lasten die Hubhöhen beim Anwachsen dieser ganz kleinen Lasten zunehmen. (Diese Thatsache ist übrigens schon von früheren Forschern, nämlich von Heidenhain und von Fick gefunden Ref.) Ferner ermittelte Vf. den Einfluss der Intensität der electrischen Reizung auf die Hubhöhe, ferner die stärkere Wirkung des Schliessungsschlages gegenüber dem Oeffnungsschlage auf dieselbe, den Einfluss der Ermüdung, der Aufhebung der Circulation und der Temperaturerhöhung. Unter allen diesen verschiedenen Einflüssen war die Vermehrung oder die Verminderung der Hubhöhe um so ausgesprochener, je kleiner die Last war.

Von den Resultaten der Versuche zur Ermittlung der *elastischen Dehnbarkeit* des Muskels sowie der *elastischen Nachwirkung* ist hervorzuheben, dass beide unter dem Einfluss der Ermüdung, der Aufhebung der Circulation und der Durchschneidung des Nerven grösser werden. M. zieht aus seinen Versuchen die Schlussfolgerung: dass

die Elasticität des Muskels eine sehr unvollkommene sei, und dass schon bei schwacher Belastung der Muskel nach der Entfernung der Last ein wenig gedehnt bleibe, und zu seiner ursprünglichen Länge nur bei ganz ausserordentlich geringen Lasten zurückkehre. Diese schliessliche Ausdehnung, welche der Verlängerung des Muskels unter dem Einfluss einer gegebenen Last folgt, ist direct proportional der Grösse der Last und der Dauer ihrer Einwirkung. Dehn (Hamburg).

---

199) **L. Ragosin** und **M. Mendelssohn** (Petersburg): Graphische Untersuchungen über die Bewegungen des Gehirns beim lebenden Menschen. (St. Petersburger Med. Wochenschrift 1880. Nro. 37.)

Die Untersuchungen sind bei einem 18jährigen Menschen, bei dem ein Geschwür die Dura in der Gegend des vorderen oberen Schädelbeins in einer Ausdehnung von 1 Ctm. Länge und 7—8 Mm. Breite blossgelegt hatte, angestellt. Vff. bedienten sich eines modificirten Marey'schen Cardiographen und wurde gleichzeitig die Athmung durch einen Simpson'schen Pneumographen, die Pulsbewegungen durch einen Marey'schen Sphygmographen übertragen. Die Aufzeichnung wurde mit Ragosin's electrolytischem Polygraphen ausgeführt.

Die Pulsationen des Gehirns ergaben sich als vollkommen synchronich mit den durch den Sphygmographen erhaltenen, der Einfluss der Athmung — Sinken des Gehirndrucks bei jeder Inspiration, Zunahme bei Exspiration — zeigte sich nur bei verstärkten Athmungsexcursionen, während leichte und unbehinderte Athmung keinen Einfluss zeigte. Auch eine dritte Art von Bewegungen des Gehirns, schon früher von Mosso und Giacomini (Comptes rendus Vol. 84. 1 1877.) constatirt, konnten Vff. bestätigen. Sie bedingen, dass die Curve nicht parallel zur Abscisse geht, sondern 3—6 Senkungen und Erhebungen in der Minute zeigt. Sie entsprechen den zuerst von Schiff am Kaninchenohr beobachteten rhythmischen Bewegungen der Arterien.

Dehn (Hamburg).

---

200) **A. Mosso** (Turin): Ueber den Kreislauf des Blutes im menschlichen Gehirn. (1881 Leipzig. Verl. v. Veit u. Comp. 222 S.)

Es kann nicht unsere Absicht sein, hier eine ausführliche Besprechung der höchst interessanten Versuche des Verf's. vorzunehmen. Wir wollen nur kurz auf das Werk hindeuten, um jeden, der sich für die Physiologie des Gehirns interessirt, zum Studium zu veranlassen. Die Beobachtungen, angestellt mit allen Hilfsmitteln der modernen physiologischen Technik, sind an drei Individuen mit erworbenem Substanzverlust am Schädel gewonnen. 87 Abbildungen im Text und 9 Tafeln dienen wesentlich zur Erleichterung des Verständnisses der oftmals schwierigen Auseinandersetzungen. Nach der historisch-kritischen Einleitung folgen 15 Capitel, die der Blutcirculation im Allgemeinen und der des Gehirns im Besonderen gewidmet sind. Das 1. Capitel gibt nosographische Notizen über die 3 Subjecte, an denen die Verhältnisse des Blutkreislaufes im Gehirne studirt wurden, das 2. Capitel bespricht die Apparate, die zur Aufzeichnung des Pulses am Gehirne und an anderen Körpertheilen ge-

dient haben. Das dritte Capitel bringt Allgemeines über die Form des Pulses und im 4. geht Verf. auf den eigentlichen Gegenstand ein, indem er seine Untersuchungen über das Verhalten des Blutkreislaufes im Gehirne während der verstärkten Vorstellungsthätigkeit und bei Gemüths- und Sinneseindrücken mittheilt. Er folgert, dass der Einfluss der intellectuellen Arbeit, sowie derjenige der Gemüthsbewegungen sich viel weniger in den Circulationsverhältnissen des Vorderarms als in denen des Gehirnes ausspricht, und dass er sich nicht wie im Gehirne durch eine Dilatation, sondern durch eine Verengerung der Gefässe kund gibt. Die beiden folgenden Capitel gelten dem Schlafe, von dem er bestreitet, dass er auf einer Ischämie des Gehirns beruhe, wie so häufig angenommen wird. Im ersten Augenblicke des Erwachens wies er eine Volumsabnahme des Gehirnes nach, so dass es dann weniger Blut als während des Schlafes führen konnte. Dann spricht er im 7. Capitel über die Schwankungen der Hirncurven, welche von den Bewegungen der Gefässe und des Herzens abhängen, im 8. über die Bewegungen der Blutgefässe im äusseren Ohre des Kaninchens; letztere sollen mit den Sinnes- und Gefühlseindrücken und dem jeweiligen Geisteszustande dieser Thiere zusammenhängen. Es folgt (9) Einfluss der Athembewegungen auf den Blutkreislauf im Gehirne und in den Lungen und ferner (10) eine Experimentalkritik der Versuche anderer Forscher (Quincke und Pfeiffer, Funke und Latschenberger, Bowdisch und Garland) über den Lungenkreislauf. Im Capitel 11 wird der Einfluss der Athembewegungen auf den allgemeinen Blutdruck besprochen, und im 12. der Einfluss des Amylnitrites auf den Blutkreislauf im Gehirn. Er lässt es unentschieden, ob die Gefässe des Gehirns durch Amylnitrit als vollständig gelähmt zu betrachten sind. Das 13. Capitel ist dem Studium der Anaemie und Hyperaemie des Gehirnes gewidmet und das 14. dem Blutumlauf innerhalb des unverletzten Schädels. Verf. behauptet, dass der venöse Blutlauf innerhalb des Schädels unter höherem Drucke, als in irgend einem anderen Körpertheile, wo derselbe bisher gemessen worden ist, stattfinde. Den Schluss (15) bilden einige Untersuchungen über die Bewegungen der Cerebrospinalflüssigkeit.

Das Werk enthält eine Anzahl Fragen, die noch der Beantwortung harren, aber dem Forscher zur Anregung dienen. Die Wichtigkeit und Reichhaltigkeit des Gegebenen möge aus der Inhaltsangabe und den wenigen beigefügten Behauptungen des Verfassers erhellen. Das Werk, von der Verlagsbuchhandlung sehr schön ausgestattet, ist dem Senator Jacob Moleschott gewidmet. Goldstein (Aachen).

---

201) **Schmidt-Rimpler:** Zur specifischen Reaction des Sehnerven auf mechanische Reize. (Centrbl. f. med. Wiss. Nro. 1. 1882.)

202) **Szokalski:** Die Folge der Sehnervenreizung. (Przegl. lek. 1881. C. f. A. V. p. 383.)

Schmidt tritt auf Grund seiner Untersuchungen, die er an Patienten ausführte, denen vor nicht zu langer Zeit der eine Augapfel enucleirt war, für die Annahme einer specifischen Reaction gegen mechanische Reize ein. Von 6 Patienten zeigten sich bei 2 auf Druck

des Opticusstumpfes deutliche Lichterscheinungen „Lichtblitze", die auch nach der Seite des enucleirten Auges hin verlegt wurden. Berührung anderer Stellen rief dieselben nicht hervor. Bei electrischer Reizung durch 4—8 El. des const. Stromes wurden bei allen 6 Fällen deutliche Lichterscheinungen hervorgerufen. Hingegen hatte die Durchschneidung des Opticus beim Acte der Enucleation niemals Lichtempfindung auslösen können.

Szokalski bestreitet den Satz und glaubt auf Grund seiner Untersuchungen constatiren zu können, dass Reizung des Sehnerven durchaus nicht Lichterscheinungen hervorzurufen im Stande sei.

Nieden (Bochum).

---

203) **Peter Albertoni:** Untersuchungen über die Wirkung einiger Arzneimittel auf die Erregbarkeit des Grosshirns nebst Beiträgen zur Therapie der Epilepsie. (Archiv für experim. Path. und Pharm. Band 15. Heft 384. Prag. med. W. 1882 14.)

A. geht von der Thatsache aus, dass durch Application faradischer Ströme auf die sogenannte motorische Rindenzone des Hundes epileptische Anfälle erzeugt werden können, um die Wirksamkeit der gewöhnlichen Antiepileptica einer experimentellen Prüfung zu unterziehen. Die Versuche sind an Hunden und Affen in folgender Weise angestellt. Zur Prüfung der Einzeldosis wurde nach einseitiger Bloslegung der Regio cruciata das zur Erzeugung eines epileptischen Anfalles nothwendige Stromminimum bestimmt. Dann wurde das Arzneimittel beigebracht, und nachdem die Zeichen der Wirkung desselben eingetreten, die Erregbarkeit des Grosshirns von Neuem geprüft. Kam es darauf an, die Wirkung wiederholter, innerhalb einer gewissen Zeit verabreichter Gaben eines Arzneimittels zu prüfen, so wurde zunächst das den epileptischen Anfall bewirkende Stromminimum für eine Grosshirnhemisphäre bestimmt, die Trepanationswunde hierauf der Heilung überlassen und erst nach erfolgter Heilung mit der Verabreichung des Präparates begonnen. Nachdem dieselbe durch längere Zeit erfolgt war, wurde die andere Hemisphäre freigelegt und die Erregbarkeit bestimmt. Durch vorausgeschickte Controllversuche will sich A. überzeugt haben, dass die vorangegangene Trepanation auf die Erregbarkeit der unversehrten Hirnhälfte ohne Einfluss ist.

In der ersten Versuchsreihe bekamen die Thiere, nachdem die oben beschriebenen Vorversuche angestellt worden und die Kopfwunden verheilt waren, mit dem Futter vermengt täglich 1—4 Gramm (bei 4—6 Kilogr. Körpergewicht) Bromkalium bis zur vollständigen „Saturation", d. h. bis die Thiere Spuren von Ataxie und Schläfrigkeit zeigten. Dann wurde die andere unversehrte Grosshirnhälfte blosgelegt und auf ihre Erregbarkeit geprüft. In den von A. mitgetheilten Beispielen erhielten die Thiere in verschiedenen Zeiten (12—21 Tage) verschieden grosse Mengen (24—60 Gramm) des Präparates. Der Erfolg war in allen Fällen übereinstimmend.

Es waren zur Erregung der motorischen Rindenzone viel stärkere Ströme nothwendig, die Erzeugung eines vollkommenen epileptischen Anfalles gelang nicht mehr. *Es ist also das Bromkalium im Stande*

die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns bedeutend herabzusetzen und hebt die Möglichkeit epileptische Anfälle hervorzurufen gänzlich auf.

Eine zweite Versuchsreihe stellte A. an, um den Einfluss des Atropins auf die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns zu ermitteln. Bei fünf Affen (Cercopithecus) wurden die linksseitigen Centralwindungen blosgelegt und die Stromstärke ermittelt, bei der Bewegungen der rechten Körperhälfte auftraten; nach subcutaner Injection von 1 Milligramm bis 5 Centigramm schwefelsauren Atropins (die vorher ermittelte tödtliche Gabe beträgt beim Affen 25 Centigramm, während 10 Centigramm gut vertragen werden) traten bereits bei viel geringeren Stromstärken Bewegungen der entgegengesetzten Körperhälfte auf, dieselben nahmen zugleich einen krampfhaften Charakter an, griffen auf die andere Körperhälfte über und liessen sich auch von anderen früher nicht erregbaren Punkten der Hirnrinde hervorrufen. Eine Parallelversuchsreihe an Hunden ergab bei subcutaner Injection von 1 Centigr. Atropin auf 1 Kilogr. Körpergewicht vollkommen übereinstimmende Resultate, d. i. Auftreten von Bewegungen und epileptischen Anfällen bei geringeren Stromstärken als beim normalen Thier.

Bei einer weiteren an Hunden angestellten Versuchsreihe, in der täglich durch längere Zeit subcutane Injeltionen von kleineren Dosen Atropin verabfolgt wurden, zeigte sich keine Beeinflussung der Erregbarkeit der Hirnrinde.

Es ist also weder eine einzelne Atrophingabe, noch der durch längere Zeit fortgesetzte Atropingebrauch im Stande, den Ausbruch der durch electrische Reizung der Grosshirnrinde verursachten epileptischen Anfälle zu verhindern, die Einzelgabe erhöht sogar die Erregbarkeit der Hirnrinde in nicht unbedeutendem Grade.

Weiterhin beschäftigt sich A. mit der pharmakodynamischen Wirkung des Cinchonidins. Er knüpft an ältere Beobachtungen von Laborde, Dupuy, Coletti, sowie Chirone, Curci an, welche fanden, dass grosse Dosen dieses Präparates im Stande sind bei Thieren epileptiforme Anfälle hervorzurufen. Um die epileptogene Wirkung desselben auch beim Menschen zu prüfen, wurde dasselbe in täglichen Dosen 0.5 bis 1.0 an Kranke verabreicht, die wegen veralteter Epilepsie im Irrenhause zu Siena untergebracht waren, und die Zahl der Anfälle im gewöhnlichen Zustande und während des Cinchonidingebrauches verglichen. A. zieht aus einer tabellarischen Zusammenstellung von eilf Fällen den Schluss, dass die Zahl der Anfälle während des Cinchonidingebrauches eine grössere wird, und dass daher *die Chinarinde und deren wirksame Bestandtheile bei Epileptikern schädlich wirken und condraindicirt seien.*

Die Behauptung von Chirone und Curci, dass dass die epileptogene Wirkung des Cinchonidins auf einer specifischen Beeinflussung der motorischen Rindencentren beruhe, wird von A. durch Experimente widerlegt. Das Cinchonidin kann auch nnabhängig vom Grosshirne Krämpfe erzeugen. Endlich benützte A. das Cinchonidin, um nochmals die Wirksamkeit des Bromkaliums und Atropins einer Prüfung zu unterziehen. Er fand, dass bei Hunden, die bis zum Auftreten der ersten

Saturationsanzeichen Bromkalium bekommen hatten, das Cinchonidin keine Krämpfe mehr zu erzeugen im Stande ist und dass unter normalen Verhältnissen letale Dosen desselben von solchen Thieren vertragen werden können. Eine weitere Versuchsreihe zeigte, dass das Atropin auf die Cinchonidinkrämpfe keinen Einfluss hat.

---

204) **Ferrier:** The localisation of atrophic paralyses. (Brain: 1881 pg. 217 und pg. 303.)

F. entwickelt zunächst die Ansicht, dass die Ursache des Unterschieds zwischen cerebraler und spinaler (atrophischer) Lähmung darin zu suchen ist, dass das ganze Nervensystem nach seiner Ernährung aus zwei von einander unabhängigen functionellen Einheiten bestehe, deren eine die motorischen Rindencentra und Pyramidenbahnen bis zu den Vorderhörnern, deren andere die Vorderhörner und motorischen Bahnen abwärts umfasst. Nur bei Störung der letzteren wird die Lähmung eine atrophische sein. — Die Frage, warum gewisse Muskel und Muskelgruppen vorzugsweise erkranken, glaubt F. durch die Annahme zu erledigen, dass wie nach seinen Experimenten (Proceedings of the Royal Society Nro. 212 pag. 12.) die betreffenden Bahnen in einzelnen motorischen Wurzeln bei einander liegen, auch die Centra derselben in einem bestimmten Querschnitt des Rückenmarks eng verbunden sich neben einander befinden. Er theilt die Erkrankungsformen danach für die obere Extremität in 6, für die untere in 5 Typen. Für einzelne dieser Typen theilt er 4 eigene Beobachtungen in ext. mit.

Für die Bleilähmung hält F. einen poliomyelitischen Ursprung für äusserst unwahrscheinlich. Er glaubt vielmehr, (ohne eine allgemeine Affection der cerebralen und spinalen Nervencentra auszuschliessen), dass eine allgemeine periphere Neuritis als Ursache anzusehen ist. Die pathologischen Erscheinungen (Lähmungen) sind nur deshalb an gewissen Muskelgruppen zuerst und vorzugsweise ausgesprochen, weil diese, sowie die bezüglichen Nerven, (der Extension und Adduction), nach experimentellen und pathologischen Resultaten weniger widerstandsfähig sind als andere (der Abduction). Er theilt dann 5 einschlägige Fälle mit.

Für die progressive Muskelatrophie hält er Friedreichs Hypothese einer primären Myositis, wie sie neuerdings von Lichtheim (Arch. für Psych. VIII.) vertreten wurde, für unhaltbar. Er glaubt vielmehr, dass stets primäre Erkrankungen der Vorderhörner das pathologische Substrat bilden, und dass diese nur bei weniger exacten Untersuchung nicht constatirt sind. Wähner (Kreuzburg).

---

205) **Spitz** (Breslau): Zwei Fälle von circumscripter Läsion der motorischen Rindenzone des Gehirns. (Deutsch. med. Woch. 1882, Nro. 14.)

1) 76jährige Frau, welche nach langen Schmerzen auf dem rechten Auge 1875 erblindet war, bekommt August 1880 eine „Ohnmacht“, nach welcher der rechte Arm gelähmt ist. Sonstige Lähmungserscheinungen sind nicht aufgetreten. Die Musculatur des rechten Armes

atrophisch; Sensibilität intact, passive Bewegungen schmerzhaft. Tod am 9. December 80 in Folge von Pleuritis. — In der Mitte der linken vorderen Centralwindung ein Erweichungsherd, welcher an der vorderen Fläche noch etwas in den sulcus präcentralis und auf die zweite Stirnwindung übergeht. Ein kleiner, mit dem ersten nicht zusammenhängender Erweichungsherd am hinteren Abhange der Centralfurche.

2) 56jähriger Phthisicus bekommt über Nacht eine rechtseitige Hemiplegie ohne wesentliche Sprachstörung. In den 6 nächsten Tagen bis zum Tode tägliche mehrfache epileptiforme Anfälle ausschliesslich der linken Körperhälfte, von einem Spasmus des linken Facialis regelmässig eingeleitet. Oedem des rechten Armes. Sensibilität intact. Obduction quoad cerebr.: ein circumscripter Erweichungsherd, der einen Theil der beiden Centralwindungen und des sulcus centralis linkerseits betrifft.

S.

---

206) **Arnold** (Baltimore): Tumor of the centrum ovale. (The Journ. of nerv. & mental disease. 1881 pg. 305.)

Ein 50jähriger Mann erkrankte plötzlich ohne Prodromalerscheinungen mit Convulsionen des rechten Arms und vorübergehendem Verlust des Bewusstseins; seitdem blieb der rechte Arm gelähmt; jene Anfälle kehrten öfters wieder; ca. 9 Monate nach dem ersten Anfalle fing er an zu deliriren, wurde dann tief stuporös und starb. Er hatte sich 18 Jahre vorher syphilitisch inficirt, war aber zur Zeit ohne Zeichen constitutioneller Syphilis. Die Autopsie zeigte Schdäel und Hirnhäute intact; im Centrum ovale fand sich ein etwa haselnussgrosser gummöser Tumor im frontalen und hintern Theil der fiss. Rol. unmittelbar an der Rinde; der grössere Theil lag in der vorderen Centralwindung. Ein ähnlicher aber nicht, wie jener, weicher Tumor fand sich in der rechtsseitigen Hemisphäre im mittleren Theil des oberen Scheitellappens.

Waehner (Kreuzburg).

---

207) **P. Oulmont** und **Neumann** (Paris): De l'influence de la paralysie infantile sur le développement ultérieur de l'atrophie musculaire progressive. (Der Einfluss der Kinderlähmung auf die Entwicklung der progressiven Muskelatrophie.) (Gazette hebdom. 1881. Nro. 47.)

Verff. fassen beide Krankheiten als Erscheinungen ein und derselben pathologischen Veränderung im Rückenmarke (Atrophie der Ganglien in den Vorderhörnern) auf. Die Verschiedenheit wird bedingt durch den acuten oder chronischen Verlauf dieser Myelitis. Als Illustration ihrer Ansicht bringen sie die Geschichte zweier in letzter Zeit von ihnen beobachteten Fälle.

I. Ein 39jähriger Professor hatte im Alter von 11 Monaten einen heftigen Fieberanfall mit Bewusstlosigkeit und darnach zurückbleibender rechtseitiger Lähmung erlitten. Nach 3 Jahren war die Lähmung allmählich verschwunden.

Im Alter von 20 Jahren trat im rechten Arme zuerst Gefühl von Eingeschlafensein, Muskelschwäche und hierauf stetig zunehmende Atrophie der Armmuskeln auf. Im Laufe der Jahre kam es ferner zu Verkrümmung der Wirbelsäule

nach rechts, schliesslich zu beginnender Atrophie der rechten Beinmuskulatur. Es wurde constatirt eine allgemeine Atrophie der rechten Arm- und Schultermusculatur; der Pectorales, des Latissimus dorsi und Serratus; der Adductoren und Triceps am Schenkel; der vorderen Muskeln am Unterschenkel.

Die faradische wie galvanische Erregbarkeit der atrophischen Muskeln war vollkommen erhalten. Wie schon früher, so blieben auch diesmal die therapeutischen Massnahmen ohne Erfolg.

II. Die zweite Beobachtung betraf einen 23jährigen Kaufmann, welcher von einem gleichen Anfalle wie I. in seinem dritten Jahre eine Schwäche und Magerkeit des rechten Beines zurückbehalten hatte, und nun seit 8 Monaten an Abmagerung und Schwäche der Arme litt. Es bestand Atrophie der rechten Schultermuskeln, Deltoides, Beugemuskeln des Armes und der Fingermusculatur. Am linken Arme war die Erkrankung weniger intensiv und extensiv. Die Muskeln des linken Beines waren gesund, die der Vorderfläche des rechten atrophisch. Die electrische Contractilität der Muskeln war erhalten, die cutane und musculäre Electro-Sensibilität herabgesetzt. In den erkrankten Muskeln bestanden fibrilläre Zuckungen.

Den Zusammenhang beider Krankheiten finden Verff. in dem Reize gegeben, welchen der alte vorhandene Herd ausübt, und durch welchen es dann einmal zur Entwicklung neuer Entzündung kommen kann. Eine Eigenthümlichkeit der progressiven Muskelatrophie nach Kinderlähmung ist das häufige Ergriffensein der unteren Extremitäten; ferner der Ausbruch der Krankheit um das 20. Lebensjahr.

Karrer (Erlangen).

---

208) **James Whitson** (Glasgow): Case of paralysis of musculo-spinal nerve from pressure of fragment of bone; excision of fragment, recovery. (Ein Fall von Lähmung des Nerv. radialis, bedingt durch Druck eines Knochenbruchstückes, Heilung durch Entfernung desselben.) (Edinb. med. Journ. 1882. II.)

Der Titel giebt genügend Auskunft über den Inhalt der Arbeit.

Karrer (Erlangen).

---

209) **Fenger** Chicago): Supposed poisoning by Bromide of potassium. (Chicag. Medic. Rev. 1882. Nro. 2, p. 40.)

Eine irrsinnige 50jährige Frau, an Epilepsie leidend, nimmt durch ein Versehen ca. 20 Gramm Bromkali auf einmal. Bald darauf verfällt sie in Schlaf, aus dem sie delirirend aufwacht; sie geht umher und benimmt sich so ungeberdig, dass sie im Bett festgebunden werden muss. Hierauf folgt Sopor, aus dem sie zum Theil erweckt werden kann, um nach Aufhebung des Reizes sofort wieder zu schlafen; dabei zieht sie auf Nadelstiche das betreffende Glied an sich; sie sitzt im Bette, trinkt etwas Milch, zeigt leichtes Umherwerfen der Hände, normale, auf Licht schwach reagirende Pupillen, unregelmässigen und schwachen Puls von 64, geringe Abnahme der Temperatur. Der Tod erfolgt 28 Stunden nach eingenommenem Bromkali, unter andauerndem Stupor ohne Convulsionen oder Paralyse. Die Autopsie ergibt, dass derselbe nicht durch Bromkali-Vergiftung sondern durch *Pacchymening. chronic. intern. hämorrh. mit Hämorrhagie und Compression des Gehirns* erfolgt ist; dafür sprechen die epileptischen früheren Anfälle und die finalen Hirnsymptome (Stupor, Delirien, Verlangsamung des Pulses, Temperaturerniedrigung.)

Dass auch die nächste Todesursache, die Hämorrhagie, bei der an chronisch. hämorrh. Pacchymen. leidenden Kranken nicht durch die grosse Dosis Bromkali hervorgerufen ist, dafür spricht, dass Experimente an Hunden und Kaninchen gezeigt haben, dass kleine Dosen den Blutdruck vermindern und den Puls beschleunigen, grosse den Puls verlangsamen, den Druck und die Körpertemperatur herabsetzen.

Voigt (Oeynhausen).

---

210) Prof. **A. Kjellberg** (Stockholm): Tetani hos ett 4 års barn. Tetanie bei einem 4jährigen Kinde. (Nordiskt. medicinskt arkiv Bd. XIII. Nro. 28. schwedisch.)

Der Knabe fiel im Juli ins Wasser und verblieb mehrere Stunden in seinen nassen Kleidern. 3 Wochen später traten bei erhaltenem Bewusstsein täglich ja stündlich mehrere Male tonische sehr schmerzhafte Krämpfe in den unteren Extremitäten auf, meist plötzlich und ohne Anlass, zugleich wird der Unterkiefer gegen den Oberkiefer gepresst. Bei stärkeren Anfällen tritt ausgeprägter Opisthotonus auf, selbst die Bauch- und Brustmuskeln nehmen bisweilen an den allgemeinen Krämpfen Theil, nie aber das Zwergfell; der Anfall gleicht dann vollständig wirklichem Tetanus. Selten nahmen auch die oberen Extremitäten an dem Anfall in der für Tetanus charakteristischen Form Theil. Körpertemperatur anfangs bis 38,4. Der Anfall dauert immer nur einige Minuten. Spontan treten die Anfälle am häufigsten während des Einschlafens auf. Willkürlich können sie stets hervorgerufen werden, wenn man den Pat. unter die Arme fasst und ihn aufhebt, bis die Zehenspitzen das Bett berühren, ebenso durch Compression der Art. femoralis, nie aber durch Druck auf die Nerven oder Gefässe des Armes (Trousseau) noch des nerv. ischiadicus. Sobald Pat. sich auf die Beine stellt, tritt der Anfall sofort ein. Die elektrische Muskelerregbarkeit ist stark erhöht, Reflexerregbarkeit normal. Die übrigen Organe sind durchaus normal und Pat. fühlt sich in den Intervallen ganz gesund, nur hütet er sich Bewegungen zu machen, da dann leicht der Anfall eintritt.

Behandlung: Warme Bäder, Einreibungen der Beine mit liniment sapon. camph; innerlich Chloralhydr. 1,0 Morgens und Abends. Die Krankheit nahm sofort ab und verschwand ganz nach 10tägiger Behandlung.

Verf. bezieht die Krankheit auf die vorausgegangene Erkältung. Dem Chloralhydrat schreibt er den Hauptantheil des Erfolges der Behandlung zu.

Buch (Helsingfors).

---

211) Prof. **A. Kjellberg** (Stockholm): Fall af atropinförgiftning hos ett 7års gammalt barn. Ein Fall von Atropinvergiftung bei einem 7jährigen Kinde. (Nordiskt mediciniskt arkiv Bd. XIII. Nro. 28. Schwedisch.)

Ein Kind im vorerwähnten Alter, welches am Vorderarme eine Brandwunde hatte, deren grösste Breite (6 Cm.) sich an der Palmarseite, und die schmälste Stelle (1 Cm.) an der Dorsalseite befand, hatte aus Versehen auf die Wunde eine in Atropinlösung (1—100) getränkte Kompresse erhalten. Die Kompresse blieb $^1/_2$ Stunde liegen. $^1/_4$ Stunde nach der Application begannen sich Vergiftungssymptome zu zeigen; anfangs trat Erbrechen ein, dann Gesichtskrämpfe; die Gesichtsmuskeln in beständigem Wechsel; Delirien, meist heiteren Charakters, Lachen, Grimassen. Sprache stockend, unverständlich; Pupillen erweitert, unbe-

weglich auf starken Lichtreiz, die Augäpfel vorquellend, die Lider geöffnet klonische Krämpfe der Arme und Beine oder auch im ganzen Körper, bisweilen in einen tonischen Krampf übergehend. Der Puls klein, schnell (160 in d. M.), unregelmässig, intermittirend. Die Respiration beschleunigt, oberflächlich; das Schlingen stark erschwert; das Gehör aufgehoben. Die Sensibilität der Haut, wie auch die Schweisssekretion aufgehoben; die Haut trocken, kalt, blass-blau. Keine Schwierigkeit beim Harnlassen; die Sphincteren nicht gelähmt. Temp. in recto 37,2.

Die Zeichen wiederkehrenden Bewusstseins zeigten sich erst 10 Stunden nach Beginn der Intoxication; 13 Stunden später, d. h. 23 Stunden nach dem vorerwähnten Anfange hatte das Kind den vollen Gebrauch seiner Sinne wiedererhalten.

Die Behandlung bestand in Conjak 2—3 Mal stündlich 1 Theelöffel innerlich und 2 Terpentinklystieren.

Dem Verf. schien namentlich der Conjak eine vorzügliche Wirkung zu haben. Buch (Helsingfors).

---

212) **Rieger** (Würzburg) und **v. Förster** (Nürnberg): Auge und Rückenmark. (Gräfe's Archiv für Ophth. XXVIII. III. p. 109—202.)

Verf. suchen in dieser Arbeit auf Grund eigener Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen den Beweis zu liefern, dass die bei Spinalleiden oft in Erscheinung tretenden ocularen Symptome, wie sie sich als Opticus-Affectionen, Muskellähmungen und Pupillarphänomene darstellen, ihre Ursachen direct in der Erkrankung des Rückenmarkes zu suchen haben, ohne das Vorhandensein einer gleichzeitigen Cerebralaffection, wie noch häufig angenommen wird, zu bedingen. Dieses directe Abhängigkeitsverhältniss vom Rückenmark wird nämlich vermittelt durch den vasomotorischen Apparat, indem die Regulirung der Circulation im Augenhintergrunde durch das Rückenmark selbst statt hat. Sowohl die Neuritis nerv. optic. mit nachfolgender Atrophie des Opticus, als auch die beiden anderen spinalen Augensymptome: die Augenmuskellähmungen und die spinale Myosis werden demnach als im directen Abhängigkeitsverhältniss von demselben stehend anzusehen sein.

Verf. knüpfen die Theorie des Vorliegens einer vasomotorischen Lähmung an einen von ihnen beobachteten Fall an, wo ein Patient, sonst ganz gesund, plötzlich in Folge einer starken Erkältung von einem leichten Schüttelfrost befallen wurde, und gleich darauf eine beträchtliche Herabsetzung der Sehschärfe der Augen beobachtete, die für die Folge anhielt. Der Allgemeinbefund war sonst ganz negativ, die Papillen zeigten Atrophia grisea, die Pupillen waren normal weit, ebenso ihre Reaction normal. Patient wurde nur zuweilen von heftigen Congestionszuständen des Schädels, Hitze und Schweregefühl in den einzelnen Theilen seines Gesichtes befallen. Weitere ähnliche Fälle folgen.

Auch die oculare Erscheinung, wie sie bei Morb. Basedowii als Exophthalmus beobachtet wird, kann nur ihre Erklärung finden durch die Annahme einer retrobulbären vasculären Neurose.

Leitungsstörungen im Sympathicus brauchen indess nicht alle Fasern gleichzeitig zu betreffen, und erklärt sich aus diesem Umstande die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen bei Affectionen des betr. Centralorganes. Auf experimentellem Wege wurde nun dargethan, dass Reizung des Hals-Sympathicus durch Electricität mit starkem Inductionsstrom entschiedene bedeutende Gefässverengerung im Augenhintergrund zur Folge hatte analog den Untersuchungen Leber's, Schöler's, Becker's; während Durchschneidung des Halssympathicus nicht unmittelbar, aber 24 Stunden später deutliche und dauernde Gefässerweiterung der betr. Seite erkennen liess, gleicherweise wie dies nach Inhalationen von Amylnitrit zweifelsohne constatirt werden konnte, die oft auch von Sichtbarwerden des Venenpulses in den Retinalvenen begleitet war. Directe Reizung des Rückenmarkes in der Höhe des 1. Brust- resp. Lendenwirbels durch Einführung von Nadel-Electroden ergab als überwiegendes Resultat: Erweiterung der Retinalgefässe; ohne dass sich gleiche Erscheinungen durch Reizung sensibler Nerven der Extremitäten, ohne directe Beeinflussung des Markes, an den Retinagefässen nachweisen liessen. Betr. der Localisation im Rückenmark kann nach klinischen und experimentellen Beobachtungen weder in Bezug auf die Längsaxe noch den Querschnitt ein definitives Urtheil abgegeben werden. Verf. gehen dann weiter auf die einzelnen Gruppen jener obengenannten Symptomentrias ein, um schliesslich noch einige Bemerkungen über das Verhältniss der Syphilis zu den chronischen spinalen Erkrankungen (Tabes) anzuknüpfen, wobei mit apodictischer Sicherheit der Erb'schen Theorie in jüngster Zeit die endgültige bejahende Entscheidung vorausgesagt wird. Nieden (Bochum).

---

213) **Ormerod:** The diagnostic Symptoms of Tabes dorsalis. St. Bartholomew's Hosp. Rep. XVII. 39. 1881.

Verf. richtet hauptsächlich seine Aufmerksamkeit auf das Fehlen des Knie-Phänomens und die Pupillar-Erscheinungen in dem ersten Stadium der Tabes. Die Argyll-Robertson'sche Pupille d. h. die enge Pupille mit Association- aber ohne Reflex-Contractilität ist hierbei manchen Variationen unterworfen. Sie kann nämlich im Anfangsstadium der Tabes dilatirt erscheinen, dabei aber wie die obenerwähnte reagiren, oder sie kann bewegungslos sein, sowohl für Licht- als auch durch Convergenz der Sehaxen hervorgerufene Reflexe. Von 8 Fällen, bei denen ausgesprochene Incoordinations-Erscheinungen vorlagen, fehlte die Lichtreflex-Action der Pupillen in 6 Fällen, während die Associations-Action normal war; beide Erscheinungen fehlten 2 mal. In 4 Fällen bei geringen Coordinationsstörungen fehlte die Reflex-Contraction bei normaler Associations-Thätigkeit 2 mal, war schwach 1 mal und schwankend 1 mal. Von 4 Patienten mit anderen Symptomen ohne Coordinationsstörungen, fehlte die Reflex-Action bei Vorhandensein der Associations-Contraction 3 mal, es fehlten beide Reactionen 1 mal. Bei 21 Fällen wurde Atrophie des Sehnervenstammes 4 mal constatirt; 6 Patienten waren mehr oder weniger taub, und litten 2 von diesen zugleich an Atrophia n. optici. Nieden (Bochum).

---

214) **Hughlings-Jakson:** On tumours of the Cerebellum. (Proceed. of the med. Soc. of London. V. 50. 1881.)

Betr. der speziellen Augenaffection bei Tumoren des Kleinhirns theilt Verf. seine Beobachtung mit, dass er nie Sehstörungen gefunden hat, ohne das gleichzeitige Vorhandensein einer Neuritis optica. Indirect können solche Geschwülste, zumal, wenn sie den mittleren Theil des Kleinhirns einnehmen, Amaurose herbeiführen durch die Compression, die dabei auf die corp. quadrig. ausgeübt wird.

Nieden (Bochum).

---

215) **A. Brousse:** Réflexions sur un cas de syphilis cérébrale. (Hémiplegie gauche; aphasie à forme intermittente.) (Extrait du Montpellier médical. Avril 1881.)

Herr X., ein 34jähriger Offizier hatte sich syphilitisch inficirt und da anfänglich keine nennenswerthen Symptome vorhanden, sich nicht besonders behandeln lassen. Sechs Jahre nach der Infection Gummata der Haut, Orchitis und intensive Kopfschmerzen. Ein Moment später schlagartiger Anfall (ohne Bewusstseinsverlusst) mit linksseitiger Hemiplegie. Nach Einleitung einer specifischen Behandlung bemerkenswerthe Besserung, aber erhebliche Parese namentlich der linken oberen Extremität. 15 Monate nach dieser ersten Attaque ein neuer Anfall, charakterisirt durch Sensibilitätsstörungen der rechten Seite und aphasische Erscheinungen. Die letztgenannten Symptome schwinden nach wenigen Tagen. Patient lässt sich nun ins Krankenhaus aufnehmen, woselbst die beginnende Contractur der linken Körperhälfte (Verziehung des Gesichts nach links, Myosis, Muskelsteifigkeit, Steigerung der Sehnenreflexe und Zittern der linken Seite) constatirt wird. Wenige Tage nach der Aufnahme wiederum ein Anfall, wobei stärkere Verziehung des Gesichts nach links, aphasische Störungen, Schluchzen und Pulsverlangsamung zu beobachten sind. Energische antisyphilitische Behandlung während 7 Wochen. Darauf erhebliche Besserung, so dass Pat. das Krankenhaus verlassen kann.

Verf. nimmt an, dass es sich in diesem Falle um cerebrale Syphilis handelt und dass die linksseitige Hemiplegie mit gleichzeitiger intermittirender Aphasie durch zwei gesonderte Läsionen zu erklären sei, von denen die eine in der rechten, die andere in der linken Hemisphäre ihren Sitz habe.

Rabow (Berlin).

---

216) **Gray:** Two cases with anomalous epileptoid symptoms. (Amer. Journal of neurology & psychiatry. 1882. pg. 33.)

I. Fall: ein 21jähriger Mann, nicht belastet. Aura als Gefühl plötzlich aufsteigender Hitze, dann Schwindelanfall ohne Bewusstseinsverlust, secundenlanges Umherlaufen im Kreise mit Lärmen: Pat. will das willkürlich thun, weil es ihn erleichtert. Ein Jahr vorher ein vollkommener epileptischer Insult.

II. Fall: ein 18jähriger Mann, erblich belastet. Vor 6 Jahren wenige Secunden andauernde Lähmung des rechten Arms ohne Bewusstseinsverlust. Diese Anfälle wiederholten sich. Nach anderthalb Jahren Anfall in beiden rechten Extremitäten. Allmälig gesellt sich Verlust des Bewusstseins hinzu; nach den

Anfällen oft stundenlanges Schreien, von dem Pat. weis, ohne sich aber desselben enthalten zu können. Mässige Intelligenz. Nur Belladonna hatte einigen günstigen Einfluss. Waehner (Kreuzburg).

---

217) **Motschutkowski** und **Oks:** Hypnotische Versuche. (Arbeiten der Aerzte des Odessaer Stadtkrankenhauses Bd. IV. Odessa 1881 (russisch.)

Die Versuche wurden an Thieren und Menschen gemacht, doch wollen wir uns nur der letzteren Serie zuwenden. In der Mehrzahl der Fälle wurde die Hypnose durch Fixiren eines in der Nähe der Nase gehaltenen Brillantringes hervorgerufen. Bei Personen, an welchen diese Methode nicht zum Ziele führte, konnte auch durch keine andere Methode Hypnose hervorgerufen werden. Als Versuchszeit genügten immer 10, meist schon 3 Minuten. Durch Electrisiren des Kopfes gelang es nie Hypnose zu erzielen. (Die citirten Fälle des Referenten passen kaum hierher, da in denselben durch Galvanisiren des Kopfes am Tage fester Nachtschlaf erzeugt wurde, doch keine Hynose.) Interessant sind namentlich die Versuche an Kranken. Die Fälle sind folgende: 1) Hystero-epilepsia, Mädchen von ca. 20 J. Die Anfälle wurden nach einigen Sitzungen seltener und leichter. 2) Hystero-epilepsia (fem. 20 a. n. krank 4 Jahre) schlief nach der Sitzung sehr gut. Der globus hystericus und das Gefühl von Druck im Epigastrium verschwanden, die Anfälle von Hystero-epilepsie wurden seltener. 3) *Hysteria* (fem. 22 a. n. krank 5 Jahre). Fühlte nach der Sitzung allgemeines Wohlbehagen, wurde heiterer, vergass ihre Krankheit, verlor ihr Herzklopfen und schlief viel besser als gewöhnlich. 4) *Hysteria* (fem. 18 a. n. krank 5 Jahre). Das Gefühl von Druck im Kopf verminderte sich, der Schlaf wurde fester. 5) *Chorea* (Mann 34 a. n. krank 23 Jahre) schläft seit vielen Jahren nur mit Hilfe von Narcoticis. Hypnotisirt schlief er 5—6 Stunden ruhig und fest. Er fing darauf an, sich selbst zu hypnotisiren, indem er hinter eine mit Wasser gefüllte Flasche ein Licht stellte und dasselbe auf dem Bette liegend stetig anschaute. Auf diese Weise schläft er bald ein. Jetzt schläft er des Nachts ohne Narcoticum und Hypnose. 6) Chorea (fem. 12 a. n. krank 5 Jahre) war den folgenden Tag etwas schläfrig; die choreatischen Bewegungen blieben unbeeinflusst. 7) *Polyarthritis chronica* (Mann 35 a. n.) Schlief nach jeder Sitzung lange und gut, hatte am Tage darauf etwas eingenommenen Kopf, fühlte sich aber sonst wohler als gewöhnlich. An den jedem Versuch folgenden beiden Tagen hatte er entweder gar keine oder nur sehr geringe Schmerzen in den Gelenken. 8) *Sclerosis medullae spin. syphilit.* (Mann 27 a. n.) Während der Sitzung starke Abschwächung des Fussphänomens. 9) *Tabes spinal. spastica*, (Mann 18 a. n.) Die Krankheit begann vor $2^3/_4$ Jahren nach Flecktyphus. Der Kranke verfiel jedesmal in tiefen Schlaf, während dessen einige Male Anfälle allgemeiner Krämpfe, sehr ähnlich den hysteroepileptischen auftraten. Die Anfälle dauerden $^1/_2$ Stunde und mehr und verschwanden sogleich, wenn man den Kranken durch lautes Rufen seines Namens, durch Blasen ins Gesicht etc. aufweckte. Die Krämpfe traten ein, wenn man die Experimente länger als $^1/_2$ Stunde ausdehnte.

Am Tage darauf, nach festem Schlafe von etwa 12 Stunden fühlte sich der Kranke immer ungemein wohl, war ruhiger und heiterer. Die sonst verstärkten Sehnenreflexe wurden schwächer; die allgemeine nervöse Erregbarkeit wurde geringer, die Zuckungen der Gesichtsmuskel verschwanden auf 5—6 Tage; die Rede wurde ebener und verständlicher; der Gang wurde sicher und eben; der Kranke meinte selbst, jetzt gehe er selbst, mit eigenem Willen, während ihm früher immer war, als stiesse ihn Jemand vorwärts. Nach 3 hypnotischen Sitzungen wurden auch die Hände und Arme kräftiger, und der Kranke konnte sogar schreiben, was er seit einem halben Jahre nicht vermocht. In der geistigen Sphäre des Kranken traten keine Veränderungen ein.

Bei 5 weiteren Kranken konnte keine Hypnose erzielt werden.

(So interessant auch diese Versuche sind, so sehr ist die äusserste Dürftigkeit der Krankengeschichten zu bedauern. Ich habe dieselbe hier wörtlich wiedergegeben und bin über viele wichtige Fragen im Unklaren geblieben. Ref.) Buch (Helsingfors).

---

218) **Spitzka:** Epileptiform states of a peculiar character associated with imperative conceptions. (Amer. Journ. of neurology & psychiatry 1882. pg. 23.)

Kranker, 39 J. alt, erblich belastet, leidet an leichten vertigoähnlichen Anfällen seit seiner Jugend mit ausgesprochener Aura. Zeitweise traten Zwangsvorstellungen auf, z. B. ihn werde ein Stück Glas oder ein Messer treffen und Aehnliches. Die Behandlung bestand in Darreichung von Ergotin und Brom; Amylnitrit, während der Aura inhalirt, schien die Anfälle zu coupiren.

Waehner (Kreuzburg).

---

219) **R. B. Mitchell:** A case of scarlet fever complicated by acute Mania. (Ein Fall von Complication des Scharlach mit acuter Manie.) (Edinburgh medical Journal. 1882. II.)

Die Erkrankung betraf eine 50jährige Frau ohne erbliche Belastung. Die Manie trat mit dem Ausbruch des Exanthems ein. Nach 8tägiger Dauer erfolgte die Ueberbringung in die Anstalt, deren Arzt Verf. ist. Anfänglich war der Urin stark eiweisshaltig bei ziemlicher Haematurie; Fieber bestand nicht. Die sehr heftige Manie währte im Ganzen 24 Tage, um dann abrupt in rasche Genesung überzugehen. Die Behandlung bestand in Darreichung von Chloral und Morphium. Karrer (Erlangen).

---

220) **Kiermann:** Contributions to psychiatry: (The Journal of nerv. & mental disease 1881.)

I. The psychoses produced by rheumatism.

Nachdem K. eingehend die bezügliche Literatur besprochen hat, bringt er 15 Beobachtungen, die er in drei Klassen theilt: 1. in solche von acutem Typus, in denen die Krankheit mit Genesung, Tod oder leichter Demenz endete: 2. in solche die in progressive Paralyse ausgingen: 3. in Fälle, in denen Rheumatismus Psychosen complicirte. Aus seinen Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse: Der Rheumatismus bringt gewisse psychische Veränderungen hervor, diese sind entweder acuter, vorübergehender oder chronischer Art. In letzterem

Falle werden drei Stadien beobachtet, ein Stadium melancholischer Verstimmung, darauf eines mit systematisirten falschen Vorstellungen, als drittes ein Zustand, der durchaus dem Bilde allgemeiner Paralyse gleicht. Oft bringt bei chronischen Psychosen hinzutretender Rh. eine Besserung hervor, die jedoch meist nur vorübergehend ist. Bei der acuten Form ist die Prognose quoad restit. günstig; sie endet aber häufiger letal als die chronische. Dagegen ist bei dieser eine Genesung selten. Die Erblichkeit spielt bei diesen Psychosen als prädisponirende Ursache eine hervorragende Rolle. Intercurrente Herzaffectionen üben auf die Natur der Wahnvorstellungen offenbar einigen Einfluss aus.

II. The psychoses produced by heat.

K. theilt die bezügliche Literatur und dann 10 Fälle mit, in denen Einwirkung bedeutender Hitze Psychosen hervorrief. Es bestand in allen keine deutliche erbliche Belastung; in allen handelte es sich um Personen mittleren Alters. Der Beginn der Erkrankung ist meist ein acuter; sie geht meist in Demenz über und endet wie allgemeine Paralyse.

III. Psychoses from traumatism.

Nach Besprechung der einschlägigen Literatur bespricht K. 45 eigene Beobachtungen, die er unter 2200 Fällen von Irresein überhaupt zu machen Gelegenheit hatte. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Traumen verursachen gewisse Psychosen, von denen die meisten nicht von Epilepsie begleitet sind. Die meisten nehmen ihren Ausgang in allgemeine Paralyse; eine grosse Anzahl geht mit Vorstellungen depressiven Charakters einher. Die Schlüsse Krafft-Ebing's (cf. sein Lehrbuch) sind mit einigen Modificationen richtig. Traumen führen vor dem 40. Lebensjahre leichter zu Psychosen als in einem späteren Alter. Leichte Traumen sind ebenso gefährlich wie schwere, oft noch gefährlicher. In allen Fällen von traumatischer Psychose soll die Prognose vorsichtig sein.

IV. Psychoses produced by quinine.

K. theilt zwei Fälle mit, in denen sich bei Chiningebrauch wiederholt eine psychische Erkrankung entwickelte. In beiden Fällen handelte es sich um erblich stark belastete Personen; in einem traten nach Gebrauch von Chinin jedes mal Anfälle von acuter Manie mit Gehörs-Hallucinationen, in dem andern stets ein Zustand extremer (acuter) Demenz ein. In beiden Fällen kam es zu vollständiger Genesung.

V. Psychoses produced by lead.

K. theilt ausführlich die einschlägige Literatur der Blei-Psychosen mit und führt von seinen 30 eigenen Beobachtungen ($1^1/_2$% aller Fälle) 7 zur Illustration verschiedener Art von Erkrankung aus. Nach ihm sind Blei-Psychosen bald acut, bald chronisch; in allen Fällen ist der depressive Charakter deutlich. Die acute Form tritt meist als Melancholia agit. auf, die chronische bald als Verrücktheit mit vorgeschrittener Demenz oder allgemeine Paralyse; bei jener Form ist die Prognose günstig, bei dieser schlecht. Für die Behandlung sind die Anti-saturnina von grossem Werthe; für die Entstehung spielt erbliche Belastung eine hervorragende Rolle. Waehner (Kreuzburg.)

221) **Brancaleone** (Palermo): Ninfomania e trasfusione peritoneale di Sangue. (Peritoneale Bluttransfusion bei einer Nymphomanischen.) (Il Pisani 1881. 4—6. Heft.)

Bei einer 31jährigen Schwachsinnigen, welche fast unausgesetzt onanirte und im hohen Grade körperlich herabgekommen war, wurden circa 400 Gramm defibrinirten Venenblutes, welches von einer kräftigen Frau herstammte, in die Bauchhöhle injicirt. Der Verlauf war ein sehr günstiger, mit Ausnahme einer circumscripten Peritonitis, welche sich am 9. Tag einstellte. Die Kranke erholte sich nicht blos körperlich zusehends, auch die sexuelle Aufregung war nach der Operation geschwunden. Obersteiner (Wien).

---

222) **Lentz** (Froidemont): Remarques sur l'emcombrement des asiles d'aliénés de Belgique. (Bemerkungen über die Ueberfüllung der belgischen Irrenanstalten). (Bul. de la société de méd. ment. de Belgique Nr. 23. 1881.)

Um der Ueberfüllung der Irrenanstalten entgegenzuarbeiten, schlägt der Generalinspector der Belgischen Regierung vor, ein grosses Centralasyl für unheilbare Geisteskranke zu erbauen. Damit ist Verf. nicht einverstanden. Der Staat ist in erster Linie verpflichtet, für die heilbaren und gefährlichen Geisteskranken zu sorgen, deshalb soll er Heilanstalten errichten, in denen die Kranken ärztlich behandelt werden, Sache der Gemeinden sei es, für die Unterbringung ihrer unheilbaren und harmlosen Irren zu sorgen. Letztere, die die Staatsanstalten überfüllen und den Heilbaren die Plätze wegnehmen, können viel billiger und zweckmässiger versorgt werden.

Rabow (Berlin).

---

223) **Kirkbride:** On the construction, organization and general arrangement of hospitals for the insane, with some remarks on insanity and its treatment. (The Journal of nerv. & mentale disease. 1881, pg. 336.)

Es wird vom Ref. die vorliegende zweite Auflage des genannten Werkes Kirkbride's (Second edition, with remarks, additions and new illustrations. Philadelphia: Lippincots 1880) besprochen. Die Kritik wendet sich zunächst gegen die Grundsätze, auf denen das Werk aufgebaut ist, nämlich dass: 1. Geisteskrankheit bei hinreichend frühzeitiger und zweckmässiger Behandlung in der grossen Mehrheit der Fälle (80%) heilbar sei, 2. die Anstaltsbehandlung bis auf geringe Ausnahmen die beste sei, 3. es öconomisch richtiger sei, diese Behandlung möglichst bald einzuleiten und dadurch zu verhüten, dass die Krankheit chronisch werde, 4. es Pflicht des Staates sei, Geisteskranke entsprechend zu bewachen und zu behandeln. Die Kritik nennt das in dem Buche vertretene System veraltet; es ist dasselbe, wie es die „Association of superintendents" (cf. Ref. Spitzka Nro. 6 d. Bl.) vertritt, eine Vereinigung, die nach Ref. nur „eine Verbindung zu gegenseitiger Hülfe und Selbstvertheidigung seitens einer grossen Anzahl isolirt stehender Beamten, mehr eine Handwerkerinnung als ein wissenschaftlicher Verein ist." Er hofft, dass ein eben neu gebildeter Verein „Association for the protection of the insane and the prevention of insanity" diesem Zunftwesen gegenüber erfolgreich vorgehen werde. Waehner (Kreuzburg).

---

224) **Jewell:** Imfluence of our present civilization in the production of nervous et mental diseases. (Journal of nerv. & ment. dis. 1881. pg. 1.)

Verf. glaubt, dass die Statistik uns bisher keine genügenden Resultate an die Hand giebt, um den Einfluss unserer gegenwärtigen Civilisation auf die Entstehung von Geisteskrankheiten zu constatiren. Durch eigene Beobachtung und eingehendes Studium ist er jedoch zu der Ueberzeugung gelangt, dass Nerven- und Geisteskrankheiten im Zunehmen begriffen sind und mit dem Fortschritt der Civilisation weiterhin zunehmen werden. Zuerst findet er einen nachtheiligen Einfluss der C. auf die Entstehung von Störungen in dem mehr und mehr specialisirten Ausbilden einzelner Functionen und in der demnach unharmonischen Entwicklung des Nervensystems. Die sensitive Seite ist die bei weitem mehr in Anspruch genommene, also verfeinerte, demnach aber auch auf sinnliche Eindrücke stärker reagirende. Dazu kommt absolute und relative Ueberbürdung, körperliche und besonders geistige, von Jugend auf, vor Allem in der Schule und auf der Universität; später bringt dann unsere jetzige C. im Kampfe ums Dasein die Nothwendigkeit einer Anspannung aller geistigen Kräfte bis aufs Aeusserste mit sich; andererseits disponirt das Börsenleben und die Speculation in weiteren Kreisen zur Entstehung von Nerven- und Geistesstörungen.

Zu dieser verderblichen Ausbildung, Entwicklung und Behandlung der Psyche kommen dann der zunehmende, missbräuchliche, Gebrauch von Stimulantien (Caffee, Thee, Taback, Alcoholica) und die eigenthümliche Art der Beschäftigung in Fabriken (Nachtarbeit, schlechte Luft etc.)

Waehner (Kreuzburg).

---

225) **Schwartzer** (Budapest): Der Aberglaube und die Zurechnungsfähigkeit. (Jahrb. f. Psychiatrie III. Jahrg. S. 181.)

Der mitgetheilte Fall betrifft einen Waldheger C. M. aus B., der in trunkenem Zustande, in finsterem Zimmer seine Geliebte erschoss, weil er dieselbe für einen bösen Geist, einen „Irrwisch" gehalten hatte. Der Thäter wurde in 2 Instanzen zu 2jährigem Kerker verurtheilt, in 3. Instanz durch ein Gutachten des ungarischen Landes-Sanitätsrathes für unzurechnungsfähig im Augenblicke der That erklärt. Der Sachverständige führte aus, dass die Lehre vom Aberglauben im Ganzen genommen mit der Lehre von den Zwangsvorstellungen zusammenfiele. „In dem Momente als das Individuum vom Aberglauben, als Vorhandensein einer Thatsache überzeugt ist, hört die freie Selbstbestimmungsfähigkeit auf."

Die actenmässig festgestellten Umstände der That lassen das Gutachten als ein durchaus gerechtfertigtes erscheinen.

Langreuter (Dalldorf).

---

226) **Schlager** (Wien): Ueber die strafgerichtliche Verurtheilung Geisteskranker. (Allg. Zeitsch. f. Psych. etc. Med. Bd. XXXVIII, p. 577 ff.)

Das Exposé des Verf. ist durch folgenden, nach vielfachen Richtungen hin bemerkenswerthen Fall veranlasst: Marie Kruger 36 J. alt, wird am 4. Sept. 79 in die n. ö. Landes-Irrenanstalt zu Wien aufgenommen. Sie ist ein zart gebautes, schwächliches Individuum, macht

den Eindruck einer moralisch verkommenen, verlogenen Person, welche in gewissem Grade schwachsinnig und von einer geradezu krankhaften Reizbarkeit und Zornmüthigkeit ist. Sie ist ein uneheliches Kind, das nach dem frühen Tode des Vaters zu einem Onkel, dann zu einer Tante kam, von der sie sich entfernte, um verschiedene Dienststellungen anzunehmen. Im Jahre 1872 wurde sie wegen Kindesweglegung bestraft: während sie mit dem Kinde ihrer Herrschaft ausgegangen war, sei es ihr in den Kopf gestiegen, wie gut sie es haben könnte, wenn ihre Eltern lebten; darüber sei sie so verzagt geworden, dass sie das Kind unter das Hausthor legte, ihren Dienst verliess und zu einer Freundin flüchtete. — Gegen ihre Tante hat sie einen unwiderstehlichen Hass, weil sie dieser die Schuld an ihrem eigenen kümmerlichen Dasein zuschreibt und sich durch sie benachtheiligt wähnt. Sie äusserte, dass sie keine Ruhe hätte, bis sie dieser Tante etwas angethan hätte und machte zwei Attentate gegen sie. Das war die Veranlassung zu ihrer gefänglichen Einziehung, bei welcher ihr Geisteszustand zweifelhaft erschien. Die Gerichtsärzte erklärten, dass sie die Gewaltthätigkeiten gegen ihre Tante unter dem Einflusse einer Wahnvorstellung unternommen hätte und darauf wurde sie der Anstalt des Verf. übergeben. Hier zeigte sie sich anfangs verstimmt und ängstlich, später wurde sie ganz ruhig, beschäftigte sich fleissig und gab zu, dass sie der Tante Unrecht gethan habe, da sie von der Tante nichts zu fordern habe. Immerhin besteht eine merkliche Abschwächung der Auffassungs- und Urtheilsfähigkeit verbunden mit einem gewissen Grade von Reizbarkeit. Am 30. October 79 wurde sie gerichtsärztlich für blödsinnig erklärt und unter Curatel gestellt. Ihr Benehmen war weiterhin ganz ruhig und auf Grund dessen wurde sie am 6. October 80 in die städtische Versorgungsanstalt versetzt. Am 16. März 1881 wurde sie einer Wäscherin gegen Revers in Obhut gegeben, nachdem sie auch in der Versorgungsanstalt zu keinerlei Klagen Anlass gegeben hatte, von da ging sie am 21. April 81 in Dienst. Als ihr am zweiten Tage ihres Dienstes das Kind der Herrschaft übergeben wurde, entfernte sie sich mit demselben, stopfte ihm ein Tuch in den Mund, schlang ein Kopftuch fest um den Hals, so dass das Kind dem Ersticken nahe war, und legte es an einen Thorweg. Eine Stunde später ging sie zur Polizei, meldete ihre That, gab jedoch einen falschen Thatort an, so dass die Bestätigung ihrer Angaben erst auf Umwegen erfolgen konnte. Als Grund für ihre That gab sie in der Vernehmung an, dass das Kind boshaft gewesen sei und geschrieen habe. Bei der Gerichtsverhandlung wurden ihre früheren Excesse gegen die Tante und die erste Kindesweglegung eruirt, von ihrem Aufenthalte in einer Irrenanstalt kam jedoch nichts ans Tageslicht. Marie Kruger wurde, trotzdem der Vertheidiger — in lebhaftem Widerspruche mit dem Staatsanwalte — auf Freisprechung wegen Sinnesverwirrung und unwiderstehlichen Zwanges plaidirte, ohne jedoch die Exploration ihres Geisteszustandes zu beantragen, zu 8 Jahren schweren Kerkers mit einem Fasttage im Monate verurtheilt. Erst am folgenden Tage brachte eine Notiz der „Neuen freien Presse“ die Aufsehen erregende Mitthei-

lung, dass die Verurtheilte bereits im Jahre 69 von 2 Gerichtsärzten des Landesgerichtes in Strafsachen für unzurechnungsfähig erklärt, der Irrenanstalt überwiesen und von da als geistessiech der Versorgungsanstalt übermittelt worden war. Darauf wurde ihr Geisteszustand von Neuem untersucht und die Strafe sistirt.

Im Verein der Aerzte in Nieder-Oesterreich besprach darauf Dr. Witlacil den Fall sowohl in psychiatrisch-forensischer, als in Hinsicht auf den derzeitigen Stand der Irrengesetzgebung und wies auf die Mängel hin, welche es einerseits möglich machten, dass eine wegen Blödsinns der Irrenanstalt übergebene Inquisitin nach 1½ Jahren wieder vor Gericht gestellt und verurtheilt wird, andrerseits die Exploration der Angeklagten trotz der vom Vertheidiger erhobenen Bedenken nicht zur Nothwendigkeit machten; kritisirte ferner die Administration, welche eine Ueberweisung nach der Versorgungsanstalt, die keine Detentionsanstalt sei, — wahrscheinlich wegen Raummangels — ermöglichte — eine Ueberweisung, die im Gefolge hatte, dass sie gegen einen Revers entlassen wurde, aus welchem nach den Umständen des Falles durchaus keine Garantie für Ueberwachung der als gemeingefährlich bekannten erwuchs und hob endlich den Uebelstand hervor, welcher in dem factischen Mangel einer Aufsicht über die in Privatpflege befindlichen Geisteskranken liegt.

Verf. pflichtet den Erörterungen Witlacil's bezüglich des gerichtlichen Verfahrens vollkommen bei: ein einigermassen sorgfältiges Nachforschen nach der letzten Vergangenheit der Kruger, eine Einsicht in die bei dem früheren Processe geführten Acten hätten ihren Aufenthalt in der Irrenanstalt erwiesen. Aber auch eine einigermassen genaue Analyse der incriminirten That musste bedenkliche Zweifel erregen. Verf. empfiehlt in dieser Hinsicht jede Handlung zu zergliedern in 1) das Stadium der subjectiven Entwicklung, die Phase der subjectiven Latenz, das Stadium der Prämeditation; 2) das Stadium der eigentlichen Action, der objectiv nachweisbaren motorischen Entäusserung (Handlung und Unterlassung) und 3) das nach Ausführung der Handlung beginnende Stadium, das Stadium der subjectiven Reaction der vorausgegangenen motorischen Entäusserung. Der nahezu vollständige Mangel des ersten Stadiums würde die That als eine „Affecthandlung“ characterisirt haben, d. h. eine Handlung, bei welcher wegen Zeitmangel das „Insbewusstseintreten“ von der motorischen Entäusserung entgegentretenden Vorstellungen kaum oder nur unvollkommen erfolgt, die weitere Analyse hätte die vollständige Ziel- und Planlosigkeit dargethan, welche selbst Laien bedenkliche Zweifel in den Geisteszustand aufdrängen musste.

Verf. hebt ferner die Eigenthümlichkeit hervor, welche darin liegt, dass eine von zwei Gerichtsärzten für blödsinnig erklärte und unter Curatel gestellte Person von Neuem auf ihren Geisteszustand explorirt wird, ohne dass die Curatel aufgehoben ist. In ähnlichen Fällen seiner Erfahrung ist auf Grund der ersten Blödsinnigkeitserklärung die Verurtheilung unterblieben.

In dem zweiten Theile der Arbeit verwahrt sich Verf. gegen

die Möglichkeit, dass die von Witlacil hervorgehobenen Bedenken gegen die Administration auf die dem Verf. unterstellte Anstalt bezogen werden könnten. Aus diesem Theile theile ich, weil von allgemeinem Interesse die Art und Weise mit, in welcher die Entlassung Geisteskranker ausgeführt wird: „Will Jemand einen in der Anstalt in Pflege befindlichen Geistesgestörten aus der Anstalt gegen Revers entnehmen, so hat er zuerst die Wohlmeinung des Primararztes der Abtheilung einzuholen, unter dessen Spezialbeobachtung und Behandlung der Kranke gestellt ist und im Fall dieser mit Rücksicht auf den Zustand des Kranken dessen Entlassung gegen Revers unter den gesetzlich vorgeschriebenen Formen für zulässig erachtet, hat der Primararzt dem Director einen kurzen schriftlichen Bericht zu übermitteln; lautet dieser Bericht befürwortend und stimmt der Director diesem Berichte zu, wird von der Direction dem Reversbewerber ein gedrucktes Reversformular ausgefolgt mit der Weisung, dieses Formular in allen Rubriken auszufüllen, dann dem etwa bestellten provisorischen oder definitiven Curator zur Unterschrift vorzulegen, ob derselbe seine Zustimmung giebt, sodann dieses Formular der Polizeibehörde oder, wo keine Polizeibehörde fungirt, der competenten politischen Ortsbehörde zu überreichen zur Erhebung und Entscheidung, ob der Reversaussteller zur Uebernahme des Kranken gehörig legitimirt und in der Lage ist, die im Reverse enthaltenen Bedingungen zu erfüllen. Die betreffende Polizei, bezugsweise politische Ortsbehörde wendet sich nun in einer amtlichen Zuschrift an die Irrenanstaltsdirection um Auskunft über das Befinden des Kranken, sehr häufig unter Beifügung einzelner Daten über die äusseren und Wohnungsverhältnisse der Reversaussteller, wie es mit der bezughabenden Ueberwachung des Kranken stehen dürfte u. s. w. und stellte die Frage: ob unter den angedeuteten Verhältnissen die Entlassung gegen Revers mit Rücksicht auf den Krankheitszustand der zu Entlassenden angezeigt erscheine. Diese Anfrage der Behörde wird von der Irrenanstalts-Direction unter Angabe über den Zustand des Kranken und unter Beifügung der ärztlicherseits etwa als nothwendig erkannten besonderen Vorsichtsmassregeln, oder der etwaigen Bedenken gegen die Herausnahme an die Polizei, oder politische Ortsbehörde zurückgeschickt und erst dann entscheidet die Behörde, ob sie den Revers unterfertigt oder nicht. Erst nach Ueberbringung des von der Behörde unterfertigten Reverses wird der Kranke dem Reversaussteller übergeben.“ S.

II. Vereinsberichte.

I. Verein für innere Medicin zu Berlin.

Sitzung vom 17. April 1882.

227) **Schiffer:** *Ueber die Wirksamkeit des Guachamaca-Extracts.*

Die der Familie der Apocyneen angehörende Guachamaca-Pflanze ist erst vor kurzer Zeit von dem in der Schweiz verunglückten Dr. Sachs in wenigen Exemplaren von Brasilien nach Deutschland gebracht worden. Vortragender hat mit dem ihm zu Gebote stehenden

geringen Material Untersuchungen angestellt und gefunden, dass der Guachamaca eine dem Curare ähnliche Wirksamkeit inne wohnt, mit dem Unterschiede, dass während der durch G. erzeugten Lähmungszustandes Respiration und Circulation fortdauern. Er glaubt in dem Guachamaca-Extract ein Mittel gefunden zu haben, welches geeignet, Krankheitszustände mit gesteigerter Action des motorischen Apparates wirksam zu bekämpfen und vielleicht auch als Hypnoticum zu dienen.

Er hat damit an Fröschen, Kaninchen und am Menschen Versuche angestellt.

Beim Frosch erweisen sich 10 milligr. des Extracts subcut. injicirt als wirksam. Nach einem Latenzstadium von 12—15 Minuten macht sich die Wirkung bemerkbar. Das Thier wird träge, lässt den Kopf sinken, sich auf den Rücken legen, die Wirkung steigert sich alsdann bis zur Lähmung; Respiration und Circulation dauern fort. Bei mässiger Dosis tritt nach 1 oder 2 Tagen wieder Erholung ein, bei stärkerer geht der lähmungsartige Zustand in den Tod über.

Beim Kaninchen findet nach subcutaner Injection von 20—25 milligr. des Extracts ein Latenzstadium von 15—18 Minuten statt; alsdann wird das Thier paretisch; Vermehrung der Speichelsecretion und der Darmperistaltik machen sich bemerkbar bei ungestörter Respiration und Circulation. Nach einigen Tagen tritt wieder vollständige Erholung ein. Was die electrische Erregbarkeit anlangt, so treten bei directer Reizung lebhafte Zuckungen, bei indirecter geringe oder gar keine Zuckungen auf.

Im Gegensatz zum Curare wirkt das G. Extract auch vom Magen aus in geringen Dosen.

Am Menschen hat S. nur wenige Erfahrungen mit diesem Mittel gemacht. Zunächst hat er sich selber eine (allerdings nur ganz schwache) subcutane Injection applicirt, ohne darauf etwas besonders bemerkenswerthes zu verspüren. Alsdann hat er es an 2 Patienten auf der Abtheilung des Herrn Geh.-Rath Frerichs versucht. Bei dem einen hatten 10 milligr. des Mittels keine nachtheiligen Folgen verursacht; bei dem Andern, der an krampfartigen Zuständen und Schlaflosigkeit litt, trat nach 10 milligr. ein zweistündiger Schlaf (am Tage) ein und beim Erwachen zeigte er keine Störungen. An der Injectionsstelle hatte sich ein Abscess gebildet. — Weitere Untersuchungen mit diesem Mittel behält Vortr. sich noch vor. Rabow (Berlin).

II. Société anatomique de Paris.

Sitzung vom 1. Juli 1881.

228) **Barié** berichtet von einer Section: *Meningitis tuberculosa über der aufsteigenden Frontal- und Parietalwindung* der rechten Seite mit Ausdehnung über den lobulus paracentralis. Bei dem schwer tuberculösen Menschen war in plötzlicher vorübergehender Bewusstlosigkeit eine Lähmung des linken Beins entstanden mit schmerzhaften Wadenkrämpfen und Hyperäesthesie; im linken Arm Eingeschlafensein der Finger und Prickeln. Am dritten Tage danach Lähmung des l. Arms mit Kältegefühl der Finger, Somnolenz und Delirien, Pupillendilatation und Tod. Rohden (Oeynhausen).

III. Société de Biologie.

Sitzung vom 21. Jan. 1882.

229) **Brown-Séquard** theilte einen Fall von *Nervenregeneration* mit. Bei einem Affen dehnte er den Ischiadicus und resecirte ihn dann. Nach zwei Monaten waren weder Motilität noch Sensibilität wiedergekehrt, der Nerv in der kurzen Zeit trotzdem vollkommen regenerirt.

230) **Derselbe:** Dann sprach er über „*Paraplegie bei Hemiplegischen.*" Die nichtgelähmte Seite bei Hemiplegischen zeigt eine Kräfteabnahme namentlich des Beins. Charcot bestätigt dies und weist darauf hin, dass Pitres die secundären Degenerationen bei Hemiplegie nicht einseitig sondern doppelseitig gefunden habe. Brown-Séquard meint, dass die Vorderpyramiden durch einfache Reizung ohne Nervenfaserzerstörung Hemiplegieen bewirken könnten. Die Paralysen aus cerebralen oder medullären Ursachen entständen durch Hemmungsphänomene; anfänglich entstünden sie durch eine auf Distanz wirkende Hemmung, späterhin lägen trophische Störungen der motorischen Zellen der Medulla vor.

Charcot betonte darauf, dass er zwar noch keine Section derartiger Fälle gemacht habe, es aber möglich sei, dass die Sclerose der Pyramidenstränge einen Reizungsprocess in den Seitensträngen der entgegengesetzten Seite zur Folge habe, eine diffuse Myelitis eine Systemmyelitis complicirend. Die Lähmung der Blase in solchen Fällen sei ein Anzeigen dafür.

Sitzung vom 11. Februar 1882.

231) **Arloing** hat die *Vasomotoren der Cervicalgegend* studirt. Er reizte das obere Ende des durchschnittenen Cervicalstranges des Sympathicus galvanisch und fand dann, dass nach einigen Augenblicken sich das Capillarnetz verengte, was noch deutlicher hervortrat, wenn er zuvor den Vagus durchschnitten hatte. Der Vagus sei also Antagonist.

232) **Dumontpallier** machte Mittheilung über weiterhin gefundene *motorische reflexogene Zonen.* Die Reizung der Haut über der Wirbelsäule vom 7. Hals- bis 2. Lendenwirbel lässt Bewegungen der oberen Extremitäten entstehen. Vom 10. Rücken- bis 2. Lendenwirbel können die unteren Extremitäten in Bewegung gesetzt werden. Die seitlichen Hautparthieen über dem 9. u. 10. Rückenwirbel lassen gereizt Bewegungen beider Extremitäten der einen Seite, die medianen Parthieen derselben Stelle gekreuzte Bewegungen der Extremitäten hervorrufen.

Sitzung vom 18. Februar 1881.

233) **Déjerine** untersuchte in Fällen von *Tabes* mit Anaesthesie und ohne Anaesthesie, die dennoch gleichen anatomischen Befund hatten, die peripheren Nerven verschiedener Regionen und fand dieselben Veränderungen wie an den hintern Wurzeln: beträchtliche Atrophie der Nervenröhren und leere Nervenscheiden. Er glaubt, dass eine *Neuritis* der Krankheit zu Grunde liegt und findet die Bestätigung dieser Ansicht darin, dass er die hintere Wurzel an der Stelle, wo sie das Ganglion verlässt und sich mit der vorderen Wurzel vereinigt

intact gefunden hat. Als periphere Erkrankungen betrachtet er auch die Erkrankungen des Oculomotorius und die Atrophie des Gehirns.

234) **Poncet** bespricht im Anschluss hieran den microscopischen Befund der *Sehnerven und der Retina eines seit 10 Jahren blinden Tabischen* und kommt zum Schluss, den er bereits früher ausgesprochen, dass in diesen Fällen die Erkrankung auf eine Gehirnveränderung zurückzuführen sei. Rohden (Oeynhausen).

IV. Académie de Médecine.

Sitzung vom 21. Februar 1882.

235) **Ball** verliest eine Arbeit über *Gehörshallucinationen in Folge einer Mittelohrentzündung.* Nach einer Ohrfeige entsteht bei einem bis dahin gesunden 13jährigen Knaben Otorrhoe mit Ohrensausen, Perforation des Trommelfelles. Ein Typhus mit Delirien und Vermehrung des Ohrenflusses, Sinken der geistigen Fähigkeiten und Melancholie mit Selbstmordideen, denen endlich Beruhigung folgt, lässt deutliche Gehörshallucinationen auftreten. Die Mittelohrentzündung wird geeignet behandelt, die Hallucinationen schwinden. B. führt diesen Fall als Beweis an, dass die Hallucinationen, weil hier nur einseitig, nicht die Symptome einer *rein* psychischen Störung sein könnten. Rohden (Oeynhausen).

III. Verschiedene Mittheilungen.

236) Die Specialliteratur ist um eine in New-York (Westermann & Co.) erscheinende Vierteljahresschrift bereichert, das „American Journal of Neurology and Psychiatry" edited by Mc. Bride; associate editors Gray und Spitzka. Die Zeitschrift erscheint im Februar, Mai, August und November in Nummern von je 200 Seiten. Die vorliegende erste (Februar-) Nummer bringt Originalartikel von Gibney, Gray, Spitzka und Leuf, über die wir in den nächsten Nummern unseres Blattes Referate bringen.

Waehner (Kreuzburg).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Assistenzarzt, August oder September; 1200 Mark, freie Station, Reisevergütung. 2) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis. Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 3) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 4) Düren, Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Blankenhain (bei Weimar), Assistenzarzt, 600—900 Mark, freie Station. 6) Marsberg (Westphalen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M. fr. Station. b) Assistenzarzt, 1. Mai, 1200 M., fr. Station. 7) Königslutter, 2. Assistenzarzt, 1200 M., fr. Station. 8) Die Kreisphysicate: Daun (Trier), Eisleben (Merseburg) Grottkau (Oppeln), Neisse (Oppeln), Mülheim a. d. Ruhr (Mülheim).

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. Juni 1882. Nro. 11.

INHALT.

I. Originalien.

Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Worttaubheit oder der sensorischen Aphasie.

Von Prof. Dr. M. BERNHARDT in Berlin.

Anfangs Dezember 1881 suchte der 46jährige Schuhmacher S. aus Schöneberg bei Berlin in der Berliner Allgemeinen Poliklinik die

Hilfe des Collegen Schwabach nach, da er seit einigen Wochen sehr schlecht höre. College S. fand alsbald, dass es sich nicht um eine Affection des Gehörs als solchen, sondern um eine Erkrankung des Centralorgans handelte und hatte die Freundlichkeit, den Patienten behufs weiterer Beobachtung bezw. Behandlung mir zu überweisen.

Status vom 6. Dezember 1881.

Der Kranke will im Ganzen stets gesund gewesen sein, nur an Herzklopfen habe er schon längere Zeit gelitten. Seine ihn begleitende Stieftochter sagte Folgendes über die Entstehung seines jetzigen Leidens aus: Anfangs Oktober sank S. plötzlich bewusstlos um; es soll danach eine deutliche Schwäche der gesammten rechten Körperhälfte zurückgeblieben sein; die Bewusstlosigkeit hielt nur kurze Zeit an, ebenso auch die rechtsseitige Hemiparese, dagegen sprach der Kranke „schwerer" als früher, hörte aber noch gut. Acht Tage später um die Mittagszeit sprang S. plötzlich auf, wurde sehr unruhig, sprach viel und undeutlich und hörte offenbar schlecht, indem er seine ihm zuredende Umgebung verwundert anblickte. Geschriebenes verstand er. — Dieser Aufregungszustand hielt etwa 48 Stunden an und endete mit einem Ausbruch heftigen Weinens. Seither war er stets ruhig, besonnen und durchaus so wie jetzt (Anfangs Dezember 1881). Der Kranke ist ein grosser, kräftig gebauter Mann, bleichen Aussehens, von stillem, artigen Benehmen. In der Ruhelage bemerkt man am Gesicht keine Veränderungen, beim Oeffnen des Mundes verzieht sich derselbe leicht nach rechts hin. Die Zunge liegt im linken Mundwinkel, ist gut beweglich und zittert nicht. Der Kranke geht frei umher, von Schwäche ist weder an den Beinen, noch an den obern Extremitäten etwas zu bemerken. Die Sensibilitätsverhältnisse scheinen durchaus normale zu sein, wenigstens finden sich bei diesbezüglichen Prüfungen normale Reaktionen und zwischen rechts und links keine Unterschiede. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt an der Herzspitze eine Verdopplung des 2ten Tones, beziehungsweise den Ersatz desselben durch ein (präsystolisches) Geräusch (stenosis ostii venosi sinistri). Der Puls ist klein, unregelmässig, leicht zu unterdrücken.

Die Pupillen sind mittelweit, gleich, gut reagirend; der Kranke sieht central und excentrisch mit jedem Auge gut (Keine Hemianopsie). —

Er kann lesen und versteht, was er liest (liest laut aus einer Zeitung vor); geschriebenen Aufforderungen kommt er richtig nach; bittet man ihn (schriftlich) um seinen Namen, so sagt er ihn sofort und schreibt ihn auch ohne Besinnen nieder. Er *hört* offenbar Töne und Geräusche, aber *er versteht nicht, was man zu ihm spricht.* Bei der Prüfung seiner Hörfähigkeit ergibt sich, dass er mit dem rechten, wie mit dem linken Ohre gleich gut hört: er sagt dabei wörtlich Folgendes: „*Ich höre jeden Ton, aber das Wort kann ich nicht verstehen, wie es eigentlich heisst.*"

Patient spricht, verwechselt aber dabei oft die Worte oder wenigstens einzelne Buchstaben. Den Gebrauch vorgezeigter Dinge kennt er ganz genau, die Namen derselben kommen nur theilweise richtig heraus.

Auf die Frage: Was ist das?

Ich zeige vor:	Er antwortet:
Messer:	Messer;
Pfropfenzieher:	Pfropfen *zeiger*;
Bürste:	Bürst (e fortgelassen);

Eigenthümlich gestalteter Tintenwischer:	Das kenne ich nicht;
Cigarrenspitze:	Cigarrenspatz;
Thermometer:	Portmonäter.

Wie oben schon bemerkt, *schrieb* er seinen Namen richtig. Auf die Aufforderung: schreiben Sie einmal „Haus" —, schrieb er nach vielem Zögern und nachdem ich das Wort oft wiederholt hatte: „aus." Schreiben Sie: „Schöneberg" — Schöneber c h (schrieb es sonst richtig).

(Vergl. den von dem Kranken selbst geschriebenen Brief vom 10. 1. 82.)

Die späteren Untersuchungen fügten dem eben beschriebenen Krankheitsbild kaum noch Wesentliches hinzu.

Dennoch werde ich zur Ergänzung die wichtigsten der von mir gemachten Notizen wieder geben. Patient hört (31. Dez. 1881) sowohl mit dem rechten, wie mit dem linken Ohr ein entfernt von ihm ausgeführtes und nicht von ihm beobachtetes Pfeifen. Er redet eine ganze Zeit hinter einander gut und verständlich, nur noch selten Worten und Silben verwechselnd. Sieht er einem auf dem Mund, und spricht man nicht zu schnell, so versteht er etwas. Characteristisch für den Zustand ist vielleicht wieder Folgendes. Ich schrieb auf ein Blatt Papier folgende Frage: Hören Sie denn, was ich zu Ihnen spreche? Antwort des Kranken (wörtlich nachgeschrieben): *Ich höre Alles, aber der Gedanke, der Ton davon, wie man sagt, fehlt immer davon.*

Nun sprach ich zu ihm einige französische Worte und fragte: War das Deutsch? Antwort des Kranken: Einige Worte hört man ja wohl, und als ich englisch sprach, meinte er, „davon verstehe ich nichts," damit also bekundend, dass ihn diese Idiome fremdartig berührten. Auf die ihm geschrieben von mir vorgelegten Fragen, „was ist *heute* für ein Tag (31. 12. 81), *schrieb* er Sonnaben (das „d" fortlassend); was ist morgen? Sontag (mit nur einem „n"). Ob diese Schreibfehler mehr auf eine mangelhafte Bildung zurückzuführen, oder als Krankheitssymptome (Paragraphie) aufzufassen seien, ist schwer zu entscheiden; als einfacher Schuhmacher gehört Patient wohl nicht gerade zu den „Gebildeten;" übrigens beweist sein sogleich mitzutheilender, unter dem 10. Februar dieses Jahres an mich gerichteter Brief, einmal dass er geistig vollkommen klar war, dann aber auch, dass er seinem Stil und der von ihm benutzten Orthographie und Syntax nach zu der grossen Kategorie der Menschen gehörte, die in Folge mangelhafter Schulbildung sich gerade schriftlich nur schwierig auszudrücken vermögen. Nach meinen Erfahrungen über den Briefstil poliklinischer Patienten schreibt die Mehrzahl von ihnen (ohne im geringsten Hirnleidend zu sein) nicht besser.

Der Brief, vom *Patienten selbst mit der rechten Hand geschrieben* (es wurde ausdrücklich hiernach gefragt: die Frau des Kranken bestätigte die bejahend lautenden Aussagen desselben) lautete so:*)

Schöneberg den 10. Januar 1882.

Geehrte Heer Doktohr.

Es wahr Sonnaben Nachmittag, zu erst gekahmen ich es, in

*) Wörtlich mit allen Fehlern wiedergegeben.

rechte Füss, dann in Kopf und dann vor Augen, dann viel ich um, dann hatte ich es in beide Beinne, und beide Arme, auch wahr mir der rechte Mundwinkel verzohgen, am Mon tag wahr ich vollkommen wieder gesund.

2 Woche.

Am Dinsttag auf Mitwoch, hatte ich furchtbaren Schmetzer, der Herr Doktohr befreide mir da vonn durch tropfen, am Freitag Nachmittag wurde mir es sonderbahr zu muhte, ich Trank ein paar Schnäpze, es wurde mir noch schlechte, gegen Ahben musste Ich zu Bette, als Herr Doktohr kahm, rechte ich mir mit Kopf hoh, ich viel aber gleich wieder zurück andern Morgen Sonnaben konte ich nich mehr hören, und mein Unglück wahr da.

mit bessten Gruss
Chr. Str.
Schöneberg.

Vom 23. Januar 1882 notirte ich: Im Wesentlichen derselbe Zustand; wenn man eindringlich, aber nicht mit erhobener Stimme, spricht (lautes Sprechen, Schreien berührte ihn sehr unangenehm), so versteht er Einiges, namentlich Hauptwörter. Er benennt vorgelegte Gegenstände mit den richtigen Namen, wählt auch, wenn sie bekanntere Dinge sind, auf ausgesprochenes Verlangen richtig. Spricht man Worte vor, so bemüht er sich, richtig nachzusprechen, es wird aber oft falsch: er sieht dabei aufmerksam auf den Mund des Vorsprechenden, spricht z. B. „Thom“ — statt des vorgesagten „Thurm.“ — Er liest deutsch und weiss, dass es deutsch ist —; ich gebe ihm ein englisches Buch zu lesen, er sagt: das ist *nicht* deutsch. In der Unterhaltung beim Schildern seines Zustandes verspricht er sich oft.

Das letzte mal endlich sah ich ihn am 16. Februar 1882, also fast 20 Wochen nach dem Beginn seines jetzigen Leidens.

Notirt wurde: Pat. hört sowohl mit dem rechten, wie mit dem linken Ohre allein (das nicht zu prüfende wird durch den Finger fest verschlossen). Um zu erfahren, ob er Melodien auffasst, singe ich einmal die Anfangsverse von „Heil Dir im Siegerkranz, sodann von der Wacht am Rhein.“ Gefragt, was das war (es scheint mir unmöglich, dass er früher vor seiner Krankheit diese Lieder und Melodien *nicht* gekannt hätte) antwortet er in, wie ich glaube, höchst charakteristischer Weise, Folgendes: *„Erst geht's hoch, dann tief, dann wieder hoch etc.;* d. h. er ist sich wohl der wechselnden Intensität des Klanges des Vorgesungenen, nicht aber der Melodie bewusst geworden, welche er wie ich annehmen muss, früher sicher gekannt hat.

Flüsterstimme hört er beiderseits auf viele Fuss: er merkt, dass man spricht, kann aber nichts nachsagen. Sieht er den Mund des Redenden nicht, (steht man hinter ihm), so spricht er Vorgesagtes schlecht nach.

Er *liest* correct: seine Frau erzählt, dass er sie häufig auf ihm interessanter erscheinende Dinge in der Zeitung aufmerksam macht.

Von Lähmungserscheinungen an den Extremitäten gar nichts zu bemerken, nur beim Oeffnen des Mundes scheint die linke Gesichtshälfte gegen die rechte etwas zurückzubleiben.

Die soeben ausführlich mitgetheilte Beobachtung scheint mir ein gutes Beispiel derjenigen Modification des aphasischen Symptomencomplexes zu sein, welche unter dem Namen der *Worttaubheit* (Kussmaul), oder der *sensorischen Aphasie* (Wernicke) bekannt ist. Sie *stellt* einen *ziemlich reinen*, *uncomplicirten* Fall vor, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich: es fehlten irgend bedeutende Lähmungserscheinungen der Extremitäten, die Sinnesorgane (speziell das Gehör) als solche functionirten gut, die Psyche des Kranken war intakt, er begriff was er las, er konnte sich schriftlich durchaus verständlich machen: *vorwiegend war nur das Verständniss des gesprochenen Wortes (und der gesungenen Melodie) verloren gegangen.* Ich sage *vorwiegend:* denn neben dieser Hauptstörung machte sich auch (wie stets in ähnlichen Fällen) eine Beeinträchtigung der Sprache bemerklich, ein Verwechseln von Silben und Wörtern bei im Ganzen wohl erhaltenem Sprachvermögen.

Während dieser Fehler durchaus klar zu Tage trat, sind, wie ich oben hervorgehoben, Zweifel berechtigt, ob man auch in der Art und Weise des Schreibens des Kranken eine durch die Krankheit gesetzte Störung (neben der Paraphasie nach Kussmaul noch eine Paragraphie) oder einen ursprünglichen Bildungsmangel sehen will. Jedenfalls traten beide Störungen gegen das Symptom des Nichtverstehens gesprochener Worte und des Nichtauffassens bekannter Melodien zurück. Ob in diesem Falle eine Erkrankung der ersten (vielleicht auch zweiten) Schläfenwindung vorliegt wie es in ähnlichen Fällen einigemale beobachtet ist, ist natürlich zur Zeit nicht zu beweisen; so viel steht fest, dass es sich um eine plötzlich bei einem herzleidenden Manne entstandene Hirnaffektion (wahrscheinlich embolische Erweichung) handelt, welche aller Wahrscheinlichkeit nach die linke Hirnhälfte betroffen hat.

Im Anschluss an die eben gemachte Mittheilung, in welcher vor den übrigen Störungen und an Intensität sie weitaus übertreffend das verloren gegangene Verständniss für das gesprochne Wort hervortrat, erlaube mir in Kürze einen zweiten Fall von „Worttaubheit“ zu beschreiben, bei dem sich die Störungen der Sprache, des Vermögens zu lesen und zu schreiben in viel hervorragender Weise *neben* der Worttaubheit geltend machten.

Der etwa 60 Jahre alte, Mann Fr. W. M . . . . aus Neuendorf bei Potsdam war im Dezember 1880 mit einem apoplektischen Insult erkrankt, welcher zwar keinerlei Lähmungen am Gesicht oder den Extremitäten wohl aber einen linksseitigen Stirn- später Hinterhauptsschmerz und folgenden eigenthümlichen aphasischen Zustand zurückliess.

Patient, am 16. Febr. 1881, also über ein Jahr nach dem Beginn des jetzigen Leidens von mir zum ersten mal gesehen, redet dauernd auf mich ein in ganz unverständlicher Weise. Er hört gut: kann aber vorgesprochene Wörter selten richtig nachsprechen, in dem er Silben hinzufügt oder weglässt. Von vorgelegten Gegenständen kennt er zwar die Anwendung, benennt sie aber nicht richtig. Er liest schlecht und versteht auch nicht, was er liest. Richtig schreiben kann er nur seinen Namen. Er sieht gut: Hemianopsie besteht nicht.

Am 6. Mai 1881 notirte ich: Keine Spur von motorischer Lähmung: Patient redet immer zu, offenbar im Glauben, dass er mir entsprechende Mittheilungen mache; nur selten aber kommen zusammenhängend einige verständliche Worte heraus. Er versteht manches, was man ihm sagt; noch öfter aber, weiss er nicht, was man von ihm will, fasst z. B. aufgefordert, dies oder jenes zu berühren, an falsche Stellen, oder er schliesst bei der Aufforderung, den rechten Arm zu erheben, die Augen u. s. w. Vorgesprochene Worte spricht er schlecht oder verkehrt oder gar nicht nach. Nur sein Name wird von ihm richtig geschrieben — diktirt man ihm „Berlin“ so schreibt er Bnreo, diktirt man ihm „Potsdam“, so schreibt er Bol. Folgendes ist eine Leseprobe:

Anstatt:	liesst er:
Ueber die Kronen-Quelle zu Ober-Salzbrunn in ihrer Bedeutung als Natron-Lithionquelle von Dr. Richard Gscheidlen, Professor an der Universität Breslau.	Ueber die Ronen-Selle in ihrer Erbeidung als Modran Mithionbrelle von Doctor Ridard Derpreidlen, Hervoder an der Ibe wolleten zu Brislau.

In diesem Falle also treten neben dem mangelnden Wortverständniss die Symptome der von Kussmaul Paraphasia, Paralexia und Paragraphia genannten Störungen fast gleichbedeutend hervor.

So wahrscheinlich es ist, dass auch hier eine pathologisch-anatomische Läsion der die linke fossa Sylvii umgebenden Windungen vorliegt, enthalte ich mich doch zur Zeit jeder bestimmten auf die Localisation bezüglichen Diagnose.

II. Referate.

237) **Rüdinger** (München): Ein Beitrag zur Anatomie des Sprachcentrums. (Beitr. zur Biologie. Festschr. zu Bischoff's Doctorjubiläum. Stuttgart 1882.)

Verf. hat jenen Abschnitt des Grosshirnes, dem man die directeste Beziehung zur Sprachfähigkeit zuschreibt, die dritte (untere) Stirnwindung einer vergleichend anatomischen Untersuchung unterzogen. Es wurden sowohl die niederen als auch die anthropoiden Affen, Mikrocephalen, Taubstumme mit normalen Menschen verglichen, und bei letzteren auch auf Race, Geschlecht und Individualität Rücksicht genommen. — Das Resultat dieser Untersuchungen macht es, ganz abgesehen von den klinischen, pathologisch-anatomischen und physiologischen Thatsachen wahrscheinlich, dass die sogenannte Broca'sche Windung eine Beziehung zum Sprachvermögen besitzt. —

Hätte die dritte Stirnwindung eine nähere Beziehung zu irgend andern motorischen oder sensiblen Bahnen im Körper, so dürfte dieselben den Affen und den Mikrocephalen, deren Körpermuskulatur und Empfindungsgebiete normal functioniren, nicht fehlen. Die durch die vorliegenden Untersuchungen festgestellten Thatsachen: dass die Affen und Mikrocephalen nur ein kleines Rudiment einer dritten Stirnwindung haben; dass bei den Taubstummen dieselbe nicht rudimentär, aber doch sehr einfach bleibt, und dass bei hervorragenden Rhetorikern eine ungewöhnliche Entfaltung dieses Hirngebietes vorhanden ist, scheint die

Annahme von dem Sitz des Sprachcentrums in dem centralen Gebiet des Stirnlappens mehr als wahrscheinlich zu machen.

Wir müssen uns leider darauf beschränken, den Schlusssatz, zu welchem Rüdinger durch seine eingehenden Studien gelangt ist kurz hinzustellen, ohne die in vielen Beziehungen interessanten Details näher zu berühren. Auf sehr schön ausgeführten Doppeltafeln sind zahlreiche von den untersuchten Gehirnen abgebildet.

Obersteiner (Wien).

---

238) **Gradle:** The optic nerve. The course of its fibres and their central termination according to recent publications. (The Journal of nerv. & mental disease. 1881 pag. 128.)

Gr. giebt eine sehr ausführliche übersichtlich geordnete Literatur aller jüngst bekannt gewordenen pathologischen, anatomischen und physiologischen Arbeiten über den Verlauf der Opticusfasern. Er kommt zu dem Schluss, dass die Frage, ob vollständige oder theilweise Kreuzung der Fasern im Chiasma, noch nicht endgiltig entschieden ist, dass aber Alles zu der Annahme einer Semi-deccussatio drängt. Sich auf Beobachter, wie Meynert und Gudden berufend, glaubt er, dass mikroskopische Untersuchungen diese Frage nicht werden lösen können.

Waehner (Kreuzburg).

---

239) **Dickinson:** Optic chiasm — Visual centres. (The Alienist & Neurologist. 1881. pg. 358.)

Dickinson, über dessen frühere, dasselbe Thema behandelnde Veröffentlichung in Nr. 2 dieses Jahrgangs referirt ist, knüpft an einen von Gradle veröffentlichten Artikel „The optic nerve“ (Ref. ob.) an. Er betont, dass er an seiner früheren Annahme einer vollständigen Decussatio im Chiasma festhält, und führt neuere Untersuchungen auf, die seine Annahme bestätigen. Einen von Gradle für Semi-Decussatio citirten Fall von Mohr (Arch. 1. Ophth. XXV. I. pg. 87.) sucht D. umgekehrt für seine Ansicht zu verwerthen.

Dickinson führt dann aus, wie man über die Sehcentren die verschiedenen Hypothesen festhält, und meint eine endgültige sichere Lösung jener Frage nach der Decussatio sei vor Entscheidung dieser Vorfrage nicht wahrscheinlich.

Waehner (Kreuzburg).

---

240) **Martin Trautscholdt:** Experimentelle Studien über die Association der Vorstellungen. (Philosophische Studien I. B. 2. Heft.)

Verf. hat in dem psychophysischen Laboratorium von Wundt in Leipzig Versuche angestellt, deren Hauptzweck die Ermittlung der Associationsdauer, d. h. jener Zeit war, welche die Reproduction eines Erinnerungsbildes durch eine beliebige appercipirte Vorstellung erfordert. Eine Person ruft laut ein einsilbiges Wort und registrirt diesen Moment; der Associirende seinerseits signalisirt durch eine einfache Handbewegung den Augenblick in dem die erste, beste, durch Association mit der gegebenen reproducirten Vorstellung in den Blickpunkt des Bewusstseins eintritt.

Um die reine Associationszeit zu erhalten musste von dem ganzen Zeitraum, der zwischen Zuruf und Signalisiren der erfolgten Association liegt, die Zeit der Wortreaction abgezogen werden; diese ermittelte man, indem ein Wort zugerufen und die Apperception dieses Wortes signalisirt wurde.

Ein Beispiel möge dieses klar machen:

Erst wurde das Wort „Wuth" gerufen, und dessen Apperception nach 0.290 Secunden signalisirt. — Als hierauf das Wort „Null" gerufen wurde, associrte die Versuchsperson damit „Unendlich." Die gesammte Reactionszeit betrug diesmal 0.832 Secund. — Wird von dieser Zeit 0.290 als Wortreaction abgezogen, so erhalten wir in diesem Falle für die reine Associationsdauer 0.542 Secund. — Aus einer grossen Anzahl von Versuchen ergab sich als mittlere Associationsdauer 0.727 Sec. — Obersteiner (Wien).

---

241) **Joh. Ranke** (München): Stadt- und Landbevölkerung, verglichen in Beziehung auf die Grösse ihres Gehirnraumes. (Beiträge zur Biologie. Festschr. zu Th. Bischoff's Doctorjubiläum. Stuttgart 1882.)

Je 100 männliche und weibliche Schädel von Dorfbewohnern (Aufkirchen am Würmsee in Bayern) und ebensoviele von Städtern (München) also im Ganzen 400, bilden das Materiale der vorliegenden Untersuchung, als deren Resultat sich ergibt, dass, trotz der im Allgemeinen geringeren Körpergrösse der Stadtbewohner, beide Geschlechter derselben eine beträchtlichere Entwicklung des Gehirnraumes zeigen als die Landbewohner.

Es war die mittlere Kapacität: von 200 Schädeln (gemischt. Geschl.):

	Stadtbevölk.	Landbevölk.
von 200 Schädeln (gemischt. Geschl.)	1442.	1419.
von 100 männl. Schädeln	„ 1523.	„ 1503.
von 100 weibl. Schädeln	„ 1361.	„ 1335.

Die Grösse des Schädelinhaltes, welche bei den Landleuten beiderlei Geschlechtes am häufigsten beobachtet wurde, bleibt um 50 cm. hinter jener zurück, welche wir bei den Stadtbewohnern am häufigsten finden. — Es ist auch bemerkenswerth, dass die Städter im Vergleiche mit den Landbewohnern weniger gering entwickelte Schädelkapacitäten (nannocephale und emmetrocephale Schädel) dagegen in grösserer Anzahl Schädel mit wohl entwickelter Kapacität (eucephale und kephalone Schädel) aufweisen. Obersteiner (Wien).

---

242) **Paul Topinard** (Paris): Le poids du cerveau d'après les registres de Paul Broca. (Das Hirngewicht nach P. Broca's Tabellen). (Revue d'Anthropologie 1882. 1 H.)

In dem Nachlasse des berühmten, im vergangenen Jahre leider verstorbenen Anthropologen P. Broca fanden sich die Ergebnisse der von ihm angestellten Hirnwägungen. Topinard hat dieselben zusammengestellt, und eine Reihe von Schlüssen daraus gezogen. —

Bei dem Umstande, als hierzu bloss 432 Gehirne (nach Elimination der nicht normalen Gehirne) verwendet wurden, und dass das Werk Th. Bischoff's (vergl. diese Zeitschr. 1881 pag. 201) wohl

sobald nicht übertroffen werden wird, verdient die vorliegende Arbeit ausschliesslich durch den Namen Broca's grössere Bedeutung.

Das mittlere Hirngewicht in jener Periode, in welcher dasselbe sein Maximum erreicht ist nach Broca's Tabellen für Männer 1421, für Frauen 1269. Zwischen dem 25. und 35. Jahre ist das männliche Gehirn am schwersten, das weibliche wahrscheinlich etwas früher.

Obersteiner (Wien).

---

243) **R. Burkart** (Boppard): Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica (Dyspepsia nervosa. (Bonn, Cohen & Sohn. gr. 8⁰. 51 pag.

Die vorliegende Abhandlung ist keineswegs auf dieselbe Stufe zu stellen mit den kürzeren und längeren Arbeiten über die gastrischen Theilerscheinungen der Neurasthenie, an denen es die neueste Zeit hat nicht mangeln lassen. Sie erhebt sich weit über dieselben, weil sie es einmal meidet den holperigen Weg theoretischer Speculation zu betreten, weil sie in zweiter Linie greifbare Grundsteine zusammen fügt zum Aufbau der objectiven Pathologie der gastr. Neurasthenie, und weil sie schliesslich von jeder einseitigen Uebertreibung der Therapie sich frei hält.

Auf Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen. Die Arbeit sollte von Jedem gelesen werden. Nur den Cardinalpunkt von des Verf.'s Untersuchungen will ich hier anführen, nämlich die von ihm kennen gelehrte und für die Palpation zugänglich gemachte Hyperaesthesie der Plexus des Bauchsympathicus. Es handelt sich dabei keineswegs um ein spontanes, sondern um ein einzig und allein durch Fingerdruck zu erzeugendes Wehegefühl, von dessen Vorhandensein der Patient bis zum Augenblick der Untersuchung meistens keine Ahnung gehabt hat. Der Verf. sagt:

„In der Bauchhöhle sind es bei Neurasth. gastr. besonders drei Stellen die hier in Betracht kommen. Die eine derselben entspricht nach meinem Dafürhalten genau dem Plexus hypogastricus superior. Man trifft denselben, wenn bei horizontaler Rückenlage des Kranken in dessen Körpermittellinie etwas unterhalb des Nabels und etwas oberhalb der idealen Verbindungslinie der beiden Spinae oss. il. zwei Finger je einer Hand auf die Bauchdecken zusammen aufgesetzt werden und dieselben nun unter langsamem aber stetigem Drucke perpendiculär nach abwärts bis zur Wirbelsäule vordringen. Tastet man hier in der Gegend des 4. bis 5. Lendenwirbels zwischen den beiden Arter. iliac. comm. das Untersuchungsfeld ab, so wird man bald die Stelle genau markiren können, bei deren Berührung der Kranke jedesmal mehr oder weniger lebhaft zusammenschreckt oder wenigstens über ein besonderes, durchdringendes Weh- und Schmerzgefühl klagt. — Eine Zweite Stelle, deren Druck von aussen von den Bauchdecken aus besonders empfindlich erscheint und ähnliche Symptome hervorruft, ist die dem Plex. coeliacus oder solaris entsprechende Gegend der Bauchhöhle. — Auch der die Aorta abdom. in ihrem Verlaufe begleitende Plex. aorticus zeigt sich in vielen Fällen örtlich empfindlich auf Druck.“ —

Verf. hat diese Beobachtungen an 200 Fällen angestellt und betont ausdrücklich, diese Druckpunkte nur bei der gastrischen Form der Neurasthenie, bei keiner anderen gefunden zu haben.

Sehr bemerkenswerth und diagnostisch wichtig sind auch die Mittheilungen über die *Ausstrahlungen* der durch Druck erzeugten Schmerzen. Bei der *Therapie* betont Verf. mit Recht, dass es sich bei der genannten Krankheitserscheinung durchaus nicht um ein selbständiges Leiden handelt, sondern *nur* um eine Theilerscheinung. Demgemäss behandelt er seine Kranken in erster Linie allgemein, erst in zweiter local. Den besten Erfolg in letzter Beziehung hat er vom constanten Strom (An. auf die schmerzhaften Plexus, Kath. im Rücken). Der Arbeit sind 5 sehr instructive Krankengeschichten beigefügt.

Erlenmeyer.

---

244) **Carl Hertzka** (Budapest): Ueber das Fehlen des Kniephänomens. (Pester Mediz.-Chirurg. Presse. Nro. 11. 1882.)

Verf. erkennt wohl *theilweise* die diagnostische Bedeutung des Fehlens des Patellarsehnenreflexes an, mahnt jedoch bezüglich dessen pathognomischer Verwerthung zur Vorsicht. Er untersuchte einen tabesverdächtig ihm zugewiesenen Kranken, bei dem der Patellar-Sehnen-Reflex fehlte, und der doch *Grotesk-Springer war.* Auch bei Kindern fehle dieses Symptom, doch sind sie nicht tabetisch, obwohl hie und da anderweitige neuropathische Belastung nachgewiesen worden ist.

Verf. meint, dass Westphal's Ansicht, *„dass das Kniephänomen nur bei Betheiligung der äusseren Parthien der Hinterstränge des Lendentheiles“* an der Erkrankung verschwinde, und bei sonstiger Localisation erhalten bleibt, die wahrscheintichste sei. Auch bei der postdiphteritischen Ataxie verschwindet dies Symptom, kommt aber nach deren Heilung wieder zum Vorschein. Die für solche Fälle von Berger eingeführte Benennung *„Pseudo-Tabes“* acceptirt er nicht.

Verf. fand bei vielen Individuen mit fehlendem Kniephänomen eine *hochgradige Abdominalplethora* als ursächliches Moment, da der hierdurch veranlasste hyperämische Zustand des Lendenmarkes auch tabetische Initialsymptome vortäuschen kann.

Auch mechanische Bedingungen: dickes Fettpolster, kurze Sehne, beeinträchtigte Schwingungsmöglichkeit, Herabsetzung des Muskeltonus hemmen oder verhindern das Zustandekommen des Kniephänomens.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

245) **Byrom Bramwell** (Edinburgh): The Diseases of the Spinal Cord. (Edinburgh and London 1882. pag. 300. 15 Mark.)

Der erste Eindruck, welchen man beim Aufschlagen dieses Buches erhält ist der, dass es eher einen Atlas als eine Beschreibung der Rückenmarkskrankheiten darstellt; so zahlreich sind die Abbildungen theils systematischer theils microscopischer Natur, welche uns fast auf jeder Seite in die Augen springen. In dieser Beziehung dürfte das Werk, welches eigentlich den Charakter eines Lehrbuches trägt

und besonders für Studenten und praktische Aerzte bestimmt ist, einzig in seiner Art dastehen; und können wir nicht umhin einen grossen Vortheil in dieser Darstellungsweise zu erkennen, welche durch das Auge einen viel klareren Eindruck auf das Gehirn macht als eine trockne blos verbale Disquisition, bei welcher der Leser genöthigt ist jeden Augenblick seine Phantasie zu Hülfe zu rufen, um sich ein Bild von dem besprochenen Gegenstande zu entwerfen. Hier ist der Text, obwohl auch ohne Abbildungen für den einigermassen Eingeweihten verständlich, eigentlich eine Erklärung und Erläuterung der Abbildungen, welche die Physiologie und Pathologie des Rückenmarks in wahrhaft graphischer Weise darstellen. Es steht sehr zu wünschen, dass dieses von Bramwell gegebene Beispiel recht viele Nachfolger finden möge, da für den Lernenden ein sehr bedeutender Vortheil daraus erwächst. Wir wollen hinzufügen dass, obwohl einige der Illustrationen aus den Werken von Charcot, Flechsig, Gerlach u. A. entlehnt sind, doch weitaus der grösste Theil derselben, besonders die microscopischen Durchschnitte, vom Verfasser selbst angefertigt sind.

Das Buch beginnt mit einer anatomischen und physiologischen Einleitung auf 30 Seiten mit 25 Holzschnitten. Verf. betrachtet das Rückenmark als eine Reihe übereinander gelegter Segmente, von denen ein jedes den Theil des Markes umfasst, an welches sich ein Paar von Rückenmarksnerven anschliesst. Jedes Segment ist als eine bestimmte Mark-Einheit für einen entsprechenden Körperbezirk anzusehen, d. h. also für den Theil des Muskelbezirkes zu dem sich die vorderen Wurzeln begeben, (motorische Bezirk), und für den Theil der Haut, Sehnen, Muskel, Schleimhaut, Eingeweide u. s. w. (sensitiver Bezirk), in welchem sich die Fasern der hinteren Wurzeln verbreiten. Das Princip der klinischen Untersuchung des Rückenmarkes besteht in der systematischen und separaten Prüfung jedes einzelnen Mark-Systemes, indem wir die motorischen, sensibeln, reflectorischen, vasomotorischen und trophischen Zustände ihrer Körperbezirke beobachten; und das Verständniss der Rückenmarkskrankheiten beruht wesentlich auf dem Verständniss der Struktur und Functionen der individuellen Theile dieser Mark-Einheiten, der Art und Weise ihres Zusammenhanges, der pathologischen Veränderungen, welche darin vorkommen, und der functionellen Störungen, welche aus den letzteren hervorgehen. Die Beschreibung dieser Mark-Segmente ist kurz, bündig und anschaulich.

Die Krankheiten des Markes theilt Verf. in intra-medulläre und extra-medulläre. Zu den ersteren rechnet er die *primären Systemkrankheiten*, welche von keiner anderweitigen vorhergegangenen Krankheit abhängen, und welche die Vorderhörner, die gekreuzten Pyramidenstränge und die postero-externe (Burdach'schen Stränge) begreifen; die *secundären* Systemkrankheiten oder *Degenerationen*, welche von anderweitigen, vorhergegangenen Krankheiten herrühren, und die gekreuzten und direkten Pyramidenstränge, sowie die postero-internen (Goll'schen) Stränge befallen; und schliesslich die *indiscriminirten Krankheiten*, welche nicht auf bestimmte physiologische Bahnen be-

schränkt sind, sondern irgend einen Theil des Querschnitts des Rückenmarks befallen. Hierher gehören die verschiedenen Arten der Myelitis, die einfache (nicht entzündliche) Erweichung, Blutung und Geschwulst, welche die Substanz des Rückenmarkes betreffen, sowie die inselförmige Cerebro-Spinal-Sclerose (en plaques). Zu den extra-medullären Krankheiten gehören die Meningitis spinalis, die Pott'sche Wirbelkrankheit, Geschwülste im Rückenkanal, welche von den Knochen, Häuten und Nervenwurzeln, aber nicht vom Marke selbst ausgehen; traumatische Störungen wie Wirbelbrüche und Luxationen, Wunden, und Blutungen in den Rückenkanal. Die pathologische Anatomie dieser Zustände, sowie die unmittelbar daraus hervorgehende Symptome werden hier in derselben gedrängten und doch recht vollständigen Weis, auf 40 Seiten und mit 50 zum grossen Theil chromo-lithographischen Abbildungen abgehandelt.

Das wichtigste Kapitel des Buches jedoch ist das dritte, in welchem Verf. seine Untersuchungsmethode eines individuellen Falles von Rückenmarkskrankheit darlegt. Er spricht dabei den Wunsch aus, dass die Aerzte sich überhaupt über einen bestimmten Plan in der Untersuchung und Beschreibnng solcher Fälle einigen möchten, was unzweifelhaft eine bessere Verwerthung des vorkommenden Beobachtungs-Materiales erzielen würde. Der Raum verbietet uns in eine genauere Besprechung einzugehen, zumal der Verf. sich einer lobenswerthen und prägnanten Kürze befleissigt hat, welche es besonders schwer machen würde einen Auszug aus diesem Kapitel zu geben. Es möge daher genügen zu bemerken, dass derjenige welcher sich die hierin enthaltenen Angaben vollständig zu eigen gemacht hat, nur höchst selten Schwierigkeiten in der Diagnose eines concreten Falles von Rückenmarkskrankheiten antreffen wird. Im 4. und letzten Kapitel erhalten wir eine gedrängte und mehr systematische Beschreibung der individuellen organischen Krankheiten des Markes. Dieselbe beginnt mit den Krankheiten der Vorderhörner, also der acuten und subacuten Poliomyelitis in Kindern und Erwachsenen, der progressiven Muskelatrophie und der pseudohypertrophischen Paralyse; geht dann zu den Krankheiten der Seitenstränge, also der primären und secundären Lateral-Sklerose über, woran sich die amyotrophische Varietät reiht; es folgen dann die Hinterstränge (tabes spinalis), die „indiscriminirten Krankheiten" wie acute und chronische Myelitis, die Landry'sche Paralyse, die Cereprospinalparalyse u. s. w.; und den Schluss bilden die verschiedenen Formen der extra-medullaren Krankkeiten, besonders die Meningitis spinalis, und ihre Behandlung.

Unser Gesammturtheil über das Bramwell'sche Werk fassen wir dahin zusammen, dass, obwohl dasselbe keine neuen Entdeckungen oder bisher unbekannte pathologische, diagnostische oder therapeutische Thatsachen enthält, es doch durch die eigenthümliche Behandlung des Gegenstandes sich als eine Originalarbeit kennzeichnet. Wir besitzen in der Literatur noch kein Werk über Rückenmarkskrankheiten, in welchem die Correlation der normalen und pathologischen Anatomie und Physiologie sowie des darauf beruhenden klinischen Bildes in so

prägnanter und vollständiger Weise durchgeführt ist. Wir haben es hier nicht mit trockenen Knochen, sondern mit wirklichem Fleisch und Blut zu thun, und wir müssen dem literarischen sowohl wie dem Lehrtalente des Verf. ein gebührendes Lob zollen. Das Buch verdient mehr als viele andere dem deutschen ärztlichen Publikum in einer guten Uebersetzung allgemein zugänglich gemacht zu werden.

Julius Althaus (London).

---

246) **Bambas** (Athen): Méningite cérébro-spinale chez un nouveau-né (Cerebrospinale Meningitis bei einem Neugebornen.) (Progrès médical. 1882. Nro. 17.)

Eine junge Frau erkrankte am Ende ihrer Schwangerschaft an cerebrospinaler Meningitis. Sie stirbt, nachdem sie von einer (scheinbar) ganz gesunden Tochter entbunden worden ist. 2 Stunden später erkrankt das Kind ebenfalls an den Symptomen der Meningitis, in deren Folgen es schnell zu Grunde geht.

Rabow (Berlin).

---

247) **Eyselein** (Blankenburg): Ueber Agoraphobie und Nyctophobie. (Vortrag vom 16. October 1880, Braunschweig, Meyer & Papenberg 1881.)

Vortrag. theilt, nachdem er in anschaulischer Weise ein Bild der *Platzangst* entworfen, einen beobachteten Fall von *Nachtangst* (Nyctophobie) mit, der einen 17 jährigen jungen Mann betraf. Bei beiden Zuständen tritt der Anfall ein, a. bei der Absicht einen freien Platz zu überschreiten, b. bei Nacht ohne genügende Beleuchtung, Begleitung. Bei beiden tritt der Angstanfall nicht auf in Begleitung mehrerer Personen; bei beiden besteht nachher relative Euphorie. Die Ursachen sind geistige Ueberanstrengung, Geschlechtsanomalien, neuropathische Constitution. Gelegenheit und Erinnerung lösen die Anfälle aus. Leichte und schwere Grade mit Uebergängen kommen vor. Sie treten unabhängig vom Willen auf, der nach Beginn in einem lähmungsartigen Zustande ist. Für beide ist die Muskelparese characteristisch. Das Wesen dieser Zustände (Platz-, Baum-, Höhen- und Nachtangst) fasst Vortr. als eine paretisch-paralytische Affection des Sympathicus auf. Dr. Nasse (Königslutter) hält den Platzschwindel (in der Discussion) für einen durch das Sehorgan vermittelten und psychisch in Scene gesetzten neuropathischen Zustand, für eine Idiosyncrasie auf psychischem Boden und legt der Agoraphobie als Krankheitsform eine wesentliche Bedeutung nicht bei. Goldstein (Aachen).

---

248) **Eyselein** (Blankenburg): Ueber eine eigenthümliche Art von Schreikrämpfen. (Vort. v. 16. Octbr. 1880. Braunschweig, Meyer & Papenberg.)

Vortrag. spricht von einem 14jährigen Mädchen, welches nach heftigem Schrecken und grosser Gemüthsaufregung eigenthümliche „Lautkrämpfe" plötzlich bekam. Sie stiess ungefähr 5400 Mal am Tage (etwa alle 10 Secunden) den Laut nae, nyä aus. Die genaue Beobachtung des geöffneten Mundes liess erkennen, dass wesentlich Gaumenbögen und Zäpfchen betheidigt waren. Dabei deutliche Contractionen der den Kehlkopf umgebenden musculösen Theile. Des

Nachts sistirt der Krampf. Der constante Strom (pos. Electrode an der Halswirbelsäule, negative am Kehlkopf) hatte den Erfolg, dass die Anfälle nicht mehr so laut auftraten. Besserung wurde erzielt, als der positive Pol auf die obersten Halswirbel, der negative auf den letzten Halswirbel gesetzt wurden. Dabei wurde der Chlorose wegen Eisen gereicht. Allmähliche vollständige Heilung. Vortrag. glaubt, dass es sich um eine Affection des N. Vagus, speziell der motorischen Fasern desselben gehandelt habe. Möglich, dass eine locale Anämie an der Ursprungsstelle des Vagus bestand. Zum Schluss theilt Verf. noch 2 Fälle, die ihm bekannt geworden mit, wo der Ton hä krampfhaft und tagsüber unzählige Male ausgestossen wurde. Auch diese Fälle wurden geheilt. (Goldstein (Aachen).

---

249) **Archambault:** De la paralysie diphtérique. (Ueber diphteritische Paralyse.) (Progrès médical 1882, Nro. 2, 3 u. 4.)

In dem klinischen Vortrage findet sich nichts Neues, als dass A. die Befunde Déjerines: entzündliche Veränderungen in den grauen Vordersäulen für nicht ausreichend zur Erklärung der Symptome hält. Als Therapie empfiehlt er Eisen, Solutio Fowleri, Strychnin, Schwefel oder Soolbäder und den constanten Strom, welchen er namentlich zur Erleichterung der Schlingbeschwerden, während des Trinkens durch Schlund quer durchgeleitet, erprobt hat.

Rohden (Oeynhausen.)

---

250) **James Davis:** Behandlung der Epilepsie. (Lyon medicale.)

Anfänglich reicht Verf. 1,30 Bromkalium mit 0,60 Bromammonium dreimal täglich sechs Monate hindurch. Gleichzeitig Atropin.

Danach Zinc. valerian. 4,0. Extract Bellad. 0,60. Acid. arsenic. 0,20. Extr. Gentian q. s. F. pil. Nr. 100. Täglich zwei Pillen.

Bei der Repetition wird die Dosis des Zinc. valerian. verdoppelt. Dann reicht er sechs bis acht Monate die Bromarznei, dann abwechselnd mit den Pillen in stetem Wechsel. Bei Anämie Eisen.

Rohden (Oeynhausen).

---

251) **S. Playfair** (London): Notes on the systematic treatment of nerve prostration and hysteria connected with uterine disease. (Bemerkungen über die systematische Behandlung von Nervenerschöpfung und Hysterie bei Uterusleiden.) (The Lancet 1881, 28 V. und 11 VI.)

252) **Derselbe:** Turther notes of the systematic etc. (Weitere Beiträge zur system. Behandlung etc. (The Lancet 1881, 10 XII. und 17 XII.)

Angeregt durch ein Werk von Weir Mitchell in Philadelpia betitelt: „Fat and blood and how to make them“ versuchte Verf. bei verzweifelten Fällen obengenannter Art die Methode desselben und veröffentlicht seine Erfahrungen, um auch die Aerzte überhaupt auf Weir Mitchells Behandlungsweise aufmerksam zu machen und ihnen diese zu empfehlen. Zur Behandlung, gehört einmal die Isolirung der Patienten von ihrer bisherigen Umgebung welche streng durchgeführt werden muss. Im Anfange der Kur muss ferner völlige Bettruhe eingehalten werden, dieselbe darf nur bezüglich der natürlichen Bedürf-

nisse unterbrochen werden, selbst das Essen muss anfänglich von der Wärterin gegeben werden. Mit zunehmender Besserung lässt allmählich die Strenge der Vorschriften nach. Einen besonders wichtigen Theil der Behandlung bildet eine möglichst sorgfältig und kunstgerechte Massage, zweimal täglich von $^1/_2$ bis $1^1/_2$ stündiger Dauer.

Ausserdem werden auch täglich alle Muskeln faradisirt in zweimaligen Sitzungen von ebenfalls einer halben bis dreiviertel Stunden Dauer. Eine besondere Sorgfalt wird schliesslich der Diät gewidmet; die Patienten werden einer Art Mastkur (Ref.) unterworfen. Nachdem sie in den ersten zwei Tagen der Isolirung reine Milchdiät erhalten haben, wird allmählich mit der Zuführung nahrhafter und consistenter Kost gestiegen, so dass sie nach 10—14 Tagen erstaunliche Mengen verzehren und Dank der Massage und Electricität, auch vertragen und assimiliren. Der Speisezettel für einen Tag z. B. lautet 6 Uhr Morgens 10 Unzen Fleischsaft (raw meat sup), 7 Uhr 1 Tasse schwarzen Kaffee, 8 Uhr, 1 Teller Hafermehlsuppe mit einem Schoppen Rahm, 1 weiches Ei, 3 Schnitten Butterbrod mit Cacao; 11 Uhr, 10 Unzen Milch; 2 Uhr Nachmittags, $^1/_2$ Pfd. Rumpsteak mit Kartoffel, Blumenkohl, Omlette, 10 Unzen Milch; 4 Uhr, 10 Unzen Milch, 3 Butterbrode; 6 Uhr, 1 Tasse Fleischbrühe; 8 Uhr, gebratene Scholle, 3 grosse Stücke Hamelbraten, Bohnen, Kartoffeln, gedämpftes Obst, mit Rahm, 10 Unzen Milch; 11 Uhr Nachts 10 Unzen Fleischsaft! Eine solche Diät wurde in einem mitgetheilten Falle vom 10. Tage an 2 Monate lang eingehalten, wobei die Patientin innerhalb 7 Wochen um 43 Pfund zunahm.

Aus einer Reihe von Fällen, welche Verf. seit Sommer 1880 in dieser Weise behandelte, werden sechs mitgetheilt. Es sind beinahe alle bis dahin hoffnungslos gewesene Fälle, wo jahrelange Behandlung der bedeutendsten Aerzte ohne Erfolg geblieben war, wo die Kranken seit Jahren bettlägerig gewesen, an den Genuss von Morphium und andern Narcoticis gewöhnt und zum Scelett abgemagert waren. Bei allen war die Behandlung von überraschendem Erfolge.

Die Kur stellt grosse Anforderungen an den Arzt, wie an das Wartpersonal, zumal der psychische Einfluss zum Gelingen derselben unumgänglich nöthig ist. Verf. unternimmt sie nur dann, wenn die Pat. vollständig vom Verkehr mit den Angehörigen isolirt wird; nicht einmal Briefe dürfen ohne seine Kenntnissnahme gewechselt werden. Für die Methode hat sich Verf. besonderes Wartpersonal eingeschult, was unumgänglich nothwendig ist. Karrer (Erlangen).

---

253) **Bricon** (Paris): La Pilocarpine dans l'éclampsie puerpérale.
(Progrès médical. 1882 Nro. 16.)

Die Anwendung des Pilocarpin gegen Eclampsie ist nach Verf. Ansicht nicht absolut gefahrlos. In einigen Fällen sind bald nach der Injection dieses Mittels heftige Suffocationserscheinungen beobachtet worden indem die betreffenden Kranken ausser Stande waren, die sich in grosser Menge ansammelnden Schleim- und Speichelmassen herauszubefördern. Das Pilocarpin kann mit Nutzen beim Beginne oder in den

leichteren Fällen von Eclampsie Anwendung finden; es muss jedoch vermieden werden, sobald Coma vorhanden ist.

Rabow (Berlin).

---

254) **Hughes:** Practical notes illustrative of how to dispose of the insane. (The Alienist & Neurologist, 1881. pg. 372.)

Zweck von H.'s Mittheilung ist, besonders den practischen Aerzten zu zeigen, wie Geisteskranke, besonders nach ihrer Individualität, im Anfange der Krankheit zu behandeln sind. Er theilt 6 Fälle mit, vier von Verrücktheit, einen von Dementia paralyt. und einen von acutem Blödsinn. Letzterer betraf eine jüngere Lehrerin, die nach geistiger Ueberanstrengung, Nachtwachen plötzlich unter den Symptomen eines tiefen Stupors erkrankte; nach fünfmonatlicher Dauer der Krankheit war Pat. genesen. Sie wusste, was um sie geschehen, gesprochen war, und sagte, dass sie zu jeder Ueberlegung unfähig und ohne jede Willenskraft gewesen sei. Die Behandlung bestand in Erzwingung ausreichenden Schlafs durch Narcotica und Darreichung einer möglichst kräftigen Diät. Waehner (Kreuzburg).

---

255) **Spitzka:** Insane Delusions; their mechanism and their diagnostik bearing. (The Journal of nervous & mental disease. 1881 pg. 25.)

Sp. hält nichts für geeigneter, den Anfänger in das Studium und Wesen der Psychiatrie einzuführen, als das Studium der Wahnvorstellungen. Er detaillirt zunächst die Hauptarten der letztern ohne Rücksicht auf psychische Krankheitsform, sucht dann den psychopathologischen Charakter und die Entstehungsweise der Wahnvorstellungen zu analysiren und behandelt schliesslich ihre diagnostische Bedeutung.

Zunächst theilt er die Wahnvorstellungen ein in „wahre“ (genuine) und „nicht wahre“ (spurious) von denen die erste Gruppe jene Vorstellungen umfasst, welche der Kranke aus sich selbst hat, die zweite jene die er sich anderweitig angeeignet hat. Jene „wahren“ falschen Vorstellungen theilt Sp. in systematisirte und nicht systematisirte, während er den Inhalt der Vorstellungen selbst für mehr zufällig und bedeutungslos hält.

Die Factoren beim Zustandekommen der systematisirten Wahnvorstellung sind zweierlei, einmal eine durch Anomalie des Gehirnbaus geschaffene Prädisposition, zweitens verschiedene individuelle Ursachen; nämlich die allgemeine psychische Disposition oder das Temperament, (beim Sanguiniker ist der „Wunsch Vater des Gedankens;“ bei einer mehr argwöhnischen Natur entsteht eher Verfolgungswahn; —) das physische Befinden, (viscerale Illusionen mit entsprechenden Wahnvorstellungen hypochondrischen Charakters und dergl.) endlich die äussere Lage des Kranken (Alter, Erziehung etc.)

Sp. bespricht schliesslich die Bedeutung der verschiedenen Arten von Wahnvorstellungen für die Prognose und Diagnose.

Waehner (Kreuzburg).

---

256) **Hughes:** Illusion, hallucination and delusion, — a differential study for forensic purposes. (The Alienist & Neurologist, 1881. pg. 325.)

Unter „Illusion“ versteht H., wie wir, eine Sinnesempfindung, die gefälscht zum Apperceptionsorgan gelangt. Dagegen fallen beide Begriffe „Hallucination“ und „Delusion“ zum Theil unter unseren Begriff der Hallucination; „Hallucination“ nennnt er jene subjective Sinneswahrnehmung, die keinen äusseren Sinnesreiz als Ursache hat, aber von dem davon Leidenden als Sinnestäuschung erkannt wird. „Delusion“ ist dem Verfasser jene Hallucination, die von dem Kranken nicht mehr als Täuschung aufgefasst wird, also zugleich ein falsches Urtheil ist. „sie („delusions“) beherrschen dann die Gedanken, Gefühle und Handlungen des davon Leidenden so, dass sie seine Individualität vollkommen ändern und ihn also irre machen.“

H. glaubt, dass diese Unterscheidung für den Richter von Wichtigkeit sein kann. Waehner (Kreuzburg).

---

257) **N. B. Donkersloot** (Haag): Ueber Aetiologie und Behandlung der Katatonie. (Handelingen d. nederl. Vereenig. voor Psychiatrie 2. Th. Nro. 9. 1882.)

Verf. fasst seine Anschauungen über die Katatonie in folgende Sätze zusammen:

1. Es ist zweckmässig unter dem Namen Katatonie eine gewisse Reihe von Fällen zu vereinigen, deren Hauptsymptom eine Unfähigkeit zum handeln ist, die einer Störung in den Bewegungscentren des Gehirns zugeschrieben werden muss.

2. Da die Katatonie häufig als Complication verschiedener Nervenkrankheiten, wie Katalepsie, Hysterie, Epilepsie, Melancholie mit Stumpfsinn u. s. w. auftritt, so ist es wohl nicht möglich eine besondere Aetiologie oder eine eigene Behandlung derselben anzugeben.

Obersteiner (Wien).

---

258) **Carl Lechner** (Budapest): Ueber Localisation der Ernährungsstörungen des Gehirns bei der Verrücktheit. (Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 11. März 1882.)

Der Vortragende prüfte die Entwicklung der menschlichen Vernunft vom zartesten Kindesalter bis in das reife Mannesalter, um daraus das Wesen der Verrücktheit — welches path.-anatomisch noch ganz dunkel ist — zu ergründen, und dasjenige Gebiet des Grosshirnes zu umgrenzen, innerhalb dessen jene Ernährungsstörungen verlaufen, die den Symptomencomplex der Verrücktheit hervorrufen. Während des Entwicklungsganges der Intelligenz sollen beim Kinde sowohl die visceralen als tactilen Empfindungen leichter ins Bewusstsein eintreten, dann Beobachtungs-, Grössen- und Verfolgungswahn sich einstellen und diesen später Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen, Zwangsgefühle, Illusionen und veränderliche Affectstimmungen sich anschliessen. Nachdem alle diese Erscheinungen die characteristische Symptomengruppe der Verrücktheit in eben dieser Reihenfolge bilden, und selbe auf einer mangelhaften Entwickelung und Ausbildung der Associations-Bah-

nen beruhen, ist anzunehmen, dass wenn das Gehirn von seiner Vollentwicklung auf jene kindliche Stufe der unvollkommenen Associations-Verbindungen zurückversetzt wird, es zur Verrücktheit kommen muss.

Die Associations-Vorgänge der Hirnrinde bergen den logischen Apparat in sich, gleichzeitig bedingen sie aber auch die Hemmungsfähigkeit der Corticalis, welche sich um so vollkommener manifestirt, je grösser die Zahl der Associationen ist, die innerhalb der Rinde auf einmal in Erregung versetzt werden. Der Grössenwerth des Hemmungsvermögens der Rinde bestimmt aber auch den Entwicklungsgang der Willensfreiheit, daher der freie Wille in seiner Vollendung als der beständige Zahlenmesser jener Associationsbögen bezeichnet werden muss, welche, im finalen Denkprocesse, der Hirnrinde zur Verfügung bereit stehen.

Aus diesen geraden Beziehungen des freien Willens zur Zahl der Associationsverbindungen folgt, dass jede krankhafte Störung des Willens, auf einer Veränderung des functionellen Lebens dieser Associations-Bahnen beruhe. Jede Functions-Anomalie, welche eine Störung der Willensfreiheit: Verrücktheit verursacht, muss in Veränderungen der Associations-Bahnen gesucht werden.

Durch den gruppenweisen Ausfall gewisser Associations-Bahnen aus dem Arbeitskreise des Gehirnmechanismus weist Vortragendêr die Entstehung der einseitigen Urtheile, Zwangs-Vorstellungen, Illusionen, die Entwicklung der Wahnideen und des Stimmungswechsels nach.

Das Resultat ist, dass jede Ermüdung, Lähmung oder sonstige Leitungsunfähigkeit der Associations-Wege ebenso zur Ausbildung des Symptomencomplexes der Verrücktheit führen kann, wie der Mangel derselben Verbindungen in dem noch unvollkommen entwickelten Kindergehirne gerade dieselben Erscheinungen mit sich bringt.

Schliesslich meint Vortragender, dass die Ernährungs-Störung, die das klinische Bild der Verrücktheit auslösst, zumeist in den Associations-Bahnen an der Grenze des Rindengrau, eigentlich in der obersten Schichte des Vorderhirnmarkes sich localisirt.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

259) **Fürstner:** Kopfverletzungen und Psychosen. (Vortr. geh. auf d. Vers. Deutscher Irrenärzte zu Frankfurt a./M. 81. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 38. Heft 5—6.)

Verf. theilt 3 Krankheitsgeschichten mit:

1) Kopfverletzung am Hinterhaupt bei einem in keiner Weise psychisch disponirtem Officier. Wunde gut vernarbt. 4 Wochen nach der Verletzung psychische Verstimmung, Sensationen, dann epileptische Krampfanfälle, nach letzteren Zunahme der Sensationen in deutlichem Connex mit der schmerzhaften Narbe, Zunahme der psychischen Erscheinungen; Auftreten von Pupillendifferenz, Facialisparese, Sprachbehinderung. Nach Exstirpation der Narbe Schwund der Sensation, allmähliges aber vollständiges Zurückgehen aller übrigen Symptome. Schluss der Beobachtung ca. 8 Monate nach der Verletzung.

2) Kopfverletzung auf dem linken Scheitelbein bei einem 47 jährigen Taglöhner. (Disposition desselben zweifelhaft) im J. 73.

Kurz nachher Sensationen: Reissen, Stechen, Schwindel, Empfindungen in Nase und Augen. Vom J. 79 an periodisch auftretende Erregungszustände mit epileptoidem Character, allmählig Häufung derselben, motorische Symptome: Tremor, Facialisparese, Pupillendifferenz. Nach Exstirpation der Narbe Besserung des Gesammtzustandes, noch einmaliges, kurzdauerndes, Recidiviren, dann Freibleiben. Schluss der Beobachtung ca. 3 Monate nach Exstirpation der Narbe.

3) Kopfverletzung vor 15 J. bei einem hereditär beanlagten 45jährigen Arbeiter am l. Scheitelbein. Erstes Auftreten von Sensationen kurz nach der Verletzung. Chronischer Verlauf ähnlich wie in Fall II., nur waren hier schliesslich die Intervalle auch nicht mehr frei. Nach der Exstirpation (Juli 80) noch 2 unbedeutende Recidive, dann Ausbleiben der Erregung. Schluss der Beobachtung ca. 1 Jahr nach der Exstirpation.

Verf. empfiehlt entschieden die Exstirpation der Narben bei traumatischen Psychosen, trotzdem er anerkennt, dass die Beobachtungszeit nach der Operation in seinen Fällen etwas kurz war. Dass nach der Operation rascher Rückgang bes. der motorischen Erscheinungen eintrat, beweisst, dass es sich um keine tiefere organische Hirnerkrankung handelte. — Eine zweckmässige Nachbehandlung (Bromkali!) soll den operativen Effect unterstützen, um allmählig den abnormen Reactionszustand des Gehirns zu heben.

Im Anschluss an den Vortrag erwähnt Paetz eine Beobachtung, wo bei einer traumatischen Psychose mit vorwiegend depressivem Character durch Druckreizung der Narbe blitzschnell ein melancholischer Angstanfall von vorübergehender Dauer ausgelöst wurde. Da eine Exstirpation der Narbe wegen zugleichvorhandener Schädelimpressionen unthunlich war, konnte der Kranke nur durch geeignete Schutzvorrichtungen behandelt werden. Langreuter (Dalldorf).

---

260) **Danillo:** Klinische Untersuchungen über die Häufigkeit von Erkrankungen der Geschlechtsorgane bei geisteskranken Frauen.
(Wratsch 1882. Nro. 10.)

Die einander widersprechenden Angaben der Autoren über das oben angeführte Thema (nach Tucke in 10%, nach Hergt in 66%, nach Verga in 6,93%, nach L. Meyer in 9%, nach Landouzy in 50%, nach Danillo selbst in der Klinik des Prof. Mierszejewski in 80—90%) veranlassten Verf. im Asyle St. Anne (Paris) 155 geisteskranke Frauen auf complicirende Erkrankungen der Genitalien zu untersuchen, wobei Alter, Zustand der Geschlechtssphäre (ob virgo oder nicht, ob geboren habend oder nicht), und Form der gynäkologischen Erkrankung bestimmt wurden. Nach Hinzufügung der 45, in Petersburg von ihm untersuchten irren Frauen, kommt er, also auf 200 Fälle gestützt, zu folgenden Schlüssen:

1. Bei 162 Kranken (mehr als 80%) wurden Erkrankungen der Geschlechtsorgane verschiedener Art gefunden.

2. Von 140, noch menstruirten, im Alter von 15—42 Jahren stehenden Kranken waren 120 gynäkologisch erkrankt (84%).

3. Von 60, nicht mehr menstruirten Kranken wurden Frauenkrankheiten nur bei 18 (28⁰/₀) gefunden.

4. Bei menstruirten Weibern wiegen acute und chronische Endometritiden vor, des ganzen Uterus 40, des Halses 22 Fälle. Am häufigsten kam chronische Entzündung des Uteruskörpers (116 Mal) vor, 8 Mal Endometritis des Halses, in 12 Fällen Complication mit Geschwüren der Vaginalportion, in 28 Fällen Anomalien der Menstruation. Seltener wurden Lageveränderungen des Uterus und Affection der Eierstöcke und deren Umgebung beobachtet, noch seltener Catarrhe der Scheide (7 Mal) und der Vulva (4 Mal), Dammrisse nach Geburten (4 Mal) und je ein Fall von Ovariencyste, Uterusfibrom und Papillom der Harnröhre.

5. Die nicht menstruirten Frauen litten vorwiegend an chronischer Metritis, (6 Mal), alten Dammrissen (4 Mal) und sogen. sensiler Endometritis.

Die menstruirten Weiber litten an: Idiotismus 1, Epilepsie mit Geisteskrankheit 15, Hysterie 11, progressiver Paralyse 14. primärer Verrücktheit 31, Melancholie 25, secundärem Schwachsinn 10, puerperaler Melancholie 5, Manie 18, Alcoholismus 2, Puerperalmanie 8.

Die nicht menstruirten Weiber zeigten 10 Mal progressive Paralyse, 10 Melancholie, 9 primäre Verrücktheit, 3 Alkoholismus, 28 secundären Schwachsinn.

Von den menstruirenden Kranken waren Jungfrauen 31; 41 hatten nicht geboren und von 68 geboren habenden waren 38 Primi- und 30 Multiparae. Von den nicht mehr Menstruirten waren Nulliparae 14, Multiparae 44 (9 von ihnen hatten 9—12 Mal geboren).

Der Schluss aus diesen Zahlen ist also der, dass die complicirenden Frauenkrankheiten eine wesentliche Erscheinung bei Geisteskrankheiten darstellen und gehörige Beachtung von Seiten des Klinikers verdienen.

Diese Arbeit ist in einem grösseren französischen Fachjournal in extenso erschienen. Hinze (St. Petersburg).

---

261) **Raymond:** Sur certains délires (simulant la folie) survenus dans le cours des néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie. (Ueber gewisse Delirien, welche im Verlaufe chronischer Nephritis auftreten, Geisteskrankheit vortäuschen, jedoch auf Urämie zu beruhen scheinen. (Archiv générales de médecin. März 1882.)

Verf. berichtet über vier von ihm beobachtete einschlägige Fälle. Im ersteren Falle handelte es sich um eine 66jährige Näherin, welche in den letzten 4 Wochen vor ihrem Tode an continuirlichen Delirien, die sich zeitweise zu tobsüchtigen Anfällen steigerten, litt. Gegen das Ende stellte sich Somnolenz und Coma ein. Der oft äusserst spärliche Urin enthielt reichlich Eiweiss. Die Section erwies das Vorhandensein von Atrophie (microscopisch: Bindegewebswucherung und Arteriitis chronica der Nieren).

Die zweite Patientin, eine 41jährige Dame, hatte in den ersten zwei Wochenbetten an Puerperalmanie gelitten, während die noch fol-

genden zwei normal verliefen. Im Juni 1881 erkrankte sie nach vorausgegangenem Oedem des Gesichts und der Beine an Delirien. Es wurde reichliche Albuminurie constatirt. Pat. war stark dyspnoisch. Die Delirien stiegen rasch auf einen hohen Grad und trugen vornehmlich schnelle Färbung. Während ihrer 6tägigen Dauer schwand die Dyspnoe, um mit dem Nachlass der psych. Symptome sofort wieder heftig aufzutreten. Nach 3 Tagen wurde die Dyspnoe von einem neuen Anfall von Verwirrtheit und Unruhe abgelösst. Die Delirien hatten bald mehr religiösen, bald mehr erotischen Inhalt. Der Anfall währte 3 Wochen in gleicher Stärke; dann folgten 8 Tage, in welchen Pat. ruhiger war, weniger verwirrt und laut, und am Schlusse derselben ein heftiger Dyspnoeanfall, während dessen Pat. psychisch ganz frei war.

Im dritten Anfalle von Agitation und Delirien, der nach 2 Tagen wieder begann, starb die Patientin plötzlich auf der Höhe der Tobsucht. Section wurde nicht vorgenommen.

Die dritte Beobachtung betraf einen 50jährigen Kaufmann, der längere Zeit an chronischer Nephritis behandelt, in dem letzten Monate seines Lebens beinahe fortwährend in ruhigen Delirien dalag. Pat. hatte alle möglichen Gesichtshallucinationen, es gelang aber durch Anrufen ihn aus diesem Zustande herauszureissen, er konnte im Gespräch fixirt werden, gab klare Antworten, verfiel aber dann sofort wieder in die Delirien. Nur einmal schwanden dieselben, als ein Anfall von Dyspnoe auftrat. Der Tod erfolgte nach raschem Verfall. Die Section ergab fettige Degeneration und Schwellung der Nieren.

Ganz ähnliche Delirien zeigte in der letzten Lebenswoche der vierte Fall, ein 55jähriger Maler, bei welchem die Section Granularatrophie der Nieren ergab.

Verf. spricht sich dahin aus, dass in den 4 Fällen die geistigen Störungen als symptomatische Delirien und zwar durch Urämie bedingte aufzufassen seien. Er scheint auch geneigt zu sein, chronische Geistesstörung bei chronischer Nephritis als urämisches Delirium aufzufassen, drückt sich aber sehr vorsichtig in dieser Beziehung aus.

Karrer (Erlangen).

---

262) **Rieger:** Ueber Craniometrie und ihren Werth für die Psychiatrie. (Vortrag geh. auf der Jahresversammlung Deutscher Irrenärzte zu Frankfurt a./M. im J. 81. Allg, Zeitschr. f. Psych. Bd. 38, Heft 5—6.)

Verf. verficht und erläutert an mehreren Beispielen den Satz, dass durchweg die „richtigen Hereditarier" am meisten abnorme Köpfe zeigen, viel mehr wie z. B. die Paralytiker. Er bedient sich einer neuen Methode der Schädelmessung: Um den Kopf wird horizontal ein Gummiring gelegt, der vorne den *Mittelpunkt* zw. *beiden Augenbrauenbogen*, hinten die *Protuberant. ext.* schneidet. Die Ebene dieses Ringes entspricht am ehesten der inneren Schädelbasis. Von dem Ringe unter rechtem Winkel aufsteigend werden beliebig zahlreiche *Bleidrathcurven* in sagittaler Richtung um das Schädeldach gelegt, mit Hülfe derer eine völlig getreue Projection des Schädels auf Papier und Herstellung eines genauen Modells möglich ist. Langreuter (Dalldorf).

---

263) **Giacchi e Rittatore** (Palermo): Klinische Beobachtungen. (Il Pisani. 1881, 4—6. Heft.)

Es ist ein wissenschaftlicher Bericht über die vom 1. Juli 1880 bis letzten Juni 1881 an der psychiatrischen Klinik zu Palermo gemachten Beobachtungen, welcher hier vorliegt.

Aus dem therapeutischen Theile sei erwähnt, dass das Hyosciamin mit wenig Erfolg angewendet wurde; die erzielte Ruhe war immer nur von kurzer Dauer. — Häufig kamen Einreibungen mit Crotonoel und Tartarus stib., in schwereren Fällen das Haarseil am Nacken sowie das Cautericum act. in Anwendung. Die Douche wurde nicht allzu oft gebraucht (!) bloss um Melancholische aufzurütteln (risvegliare) und um Kranke, welche abstiniren oder sich gegen Arbeit sträuben, einzuschüchtern (intimorire). — Ergotin erwiess sich sehr nützlich, Curare ergab keine ermunternden Resultate.

Sehr warm anempfolen wird die Transfusion von Blut in die Unterleibshöhle, für herabgekommene, anämische, marastische Individuen. — In zwei Fällen wurde diese Operation mit günstigem Erfolge ausgeführt.

In dem zweiten, symptomatischen Theile wird auch das häufige Sinken der Körpertemperatur in der atonischen Melancholie hingewiesen (35:8⁰ war die geringste beobachtete Temperatur).

Bei dem Umstande als die psychopathischen Erscheinungen beim weiblichen Geschlechte so häufig mit Alterationen in der sexuellen Sphäre zusammenhängen, schliessen sich die Autoren dem Vorschlage des Frl. Cleaves an, an jeder Frauenabtheilung einen weiblichen Arzt anzustellen.

Der dritte Theil bringt die Ergebnisse von 47 Sectionen. Bei einer chronisch dementen Frau fand sich gelbe Erweichung der ganzen hinteren und eines Theiles der vorderen Centralwindung, ohne dass die Kranke irgend welche Erscheinungen von Seite der Motilität dargeboten hätte. — Ferner wurde bei einem jungen maniakalischen Manne Nekrobiose der ganzen linken Hemisphäre (!) mit Ausnahme des vordersten und hintersten Theiles gefunden, ohne dass früher Erscheinungen vorhanden gewesen wären, die auf eine so hochgradige Zerstörung hingewiesen hätten. Bei einer pellagrösen Frau hatte die Milz nur die Grösse einer Bohne. Obersteiner (Wien).

---

264) **Hagenbach:** Surgery among the insane. (The Journ. of nervous & mental disease 1881 pg. 91.)

Verfasser theilt eine Anzahl von chirurgischen Fällen mit, die er in Irrenanstalten erlebt hat. Zunächst beschreibt er 11 interessante Selbstmordversuche, die zum Theil tödtlich verliefen. Von Verletzungen durch Kranke beschreibt er drei. Endlich detaillirt er einige sonst interessante Fälle von Fremdkörpern im Pharynx und Gehörgang, ferner einen Fall eines grossen suboccipitalen Abscesses nach Trauma, einen anderen einer schweren Entbindung und endlich einen Fall eines perinealen Abscesses und Gangrän des Scrotums.

Waehner (Kreuzburg).

265) La loi de 1838 sur les Asiles d'aliénés en France. (Das franz. Gesetz von 1838 über die Irrenanstalten.) (Progrès médical 1882, Nro. 17.)

Das die Irrenanstalten betreffende Gesetz von 1838 wird gegenwärtig vielfach critisirt. Man fällt besonders über die Privatirrenanstalten her. Noch immer hat nicht ein jedes Departement — wie es das Gesetz verlangt — seine eigene Anstalt und die Kranken werden aus übel angebrachter Sparsamkeit in Privatirrenanstalten untergebracht, woselbst die Behandlung mitunter keine gute ist. — Dasselbe Gesetz legt den Prefecten, Mairs u. s. w. die Verpflichtung auf, die Anstalten in bestimmten Zwischenräumen zu besuchen. Geschieht es und hat dies einen besonderen Zweck? Auch das Institut der Generalinspection lässt zu wünschen übrig. Anstatt Inspectoren für unbestimmt lange Zeit zu ernennen, mit denen die Anstalten schliesslich freundschaftliche Beziehungen anknüpfen, wäre es verständiger, alljährlich einen oder 2 Aerzte zu beauftragen, die Anstalten zu besichtigen und einen Bericht an die Inspection zu erstatten. Dieser Bericht müsste alsdann gedruckt und auch der Presse zur Verfügung gestellt werden. — Rabow (Berlin).

III. Vereinsberichte.

Société anatomique de Paris.

Sitzung vom 17. Juni 1881.

266) **Féré:** *Fracture du crâne et atrophie sénile symmétrique des parietaux.*

Bei einer 72jährigen Frau bestand seit einigen Jahren Gedächtnissschwäche, Schwindelerscheinungen und epileptoide Krampfzustände. Nach jedem Anfall Stumpfsinn, Unbesinnlichkeit fortwährende Somnolenz. Die Kranke, die oft sich im Fall verletzt hatte, erlag einer Pneumonie. Es findet sich bei der Autopsie eine Schädelfractur: Fissur von der rechten linea semicircularis schräg nach hinten zur linken gehend mit Atrophie der Knochenränder derselben am rechten Parietalbein. Die Knochennäthe vollkommen verlöthet, an den Seitenwandbeinen sonst noch symmetrische Knochenschwundstellen. Entsprechend der Fracturlinie eine gelbe Linie auf der rechten Hirnhemisphäre.

367) **Barbe:** *Contracture du bras gauche par contusion cérebrale au niveau de la circonvolution frontale ascendante.*

Nach einem Fall fand sich bei einer 77jährigen Frau eine Kopfhautwunde und trotzdem eine Fractur nicht zu constatiren war Bewusstlosigkeit mit motorischer und sensibler Lähmung. Der linke Arm dagegen contracturirt in Flexionstellung, Mund nach links verzogen, wenig erhöhte Temperatur und Aortenklappenstenose. Am dritten Tage schwindet die Bewusstlosigkeit, am 4. und 5. Tage vollkommenes Bewusstsein und Rückgang der Mundverzerrung. Am 6. Tage Somnolenz, Tod am 7. Tage bei fortbestehender linkseitiger Armcontractur. Bei der Section findet sich keine Schädelfractur nur ein Bluterguss unter das Pericranium, die Dura mit dem Schädel verwachsen, Pachy-

meningitis hämorrhagica. Ueber der ganzen rechten Hemisphäre eine dünne Blutschicht aus einer zerrissenen Vene der Arachnoidea stammend, leichte Blutinfilteration unter der Arachnoidea in den Maschen der pia. Im Gehirn ein nussgrosser gleichmässig rother Herd mit hämorrhagischer Punctirung in der Wurzel der rechten vorderen Centralwindung. Von diesem glaubt Verf. die Contractur des Vorderarms und die Gesichtsverziehung abhängig. Rohden (Oeynhausen).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

268) Aus der Schweiz. Dr. Chatelain tritt am 1. September d. J. von der Leitung der Anstalt in Préfargier, an welcher er 20 Jahre thätig gewesen, zurück. An seine Stelle tritt Herr Dr. Burkhardt, bislang II. Arzt der Waldau, und dieser wird durch Herrn Dr. von Speyer, Assistent an der Irrenklinik in Basel, ersetzt.

269) Aus Greifswald. Professor Dr. Albert Eulenburg giebt seine Professur auf und siedelt demnächst nach Berlin über.

270) Aus Baden-Baden. Die diesjährige Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte findet am 10. und 11. Juni hierselbst statt.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Assistenzarzt, August oder September; 1200 Mark, freie Station, Reisevergütung. 2) Hildesheim, Provinzial-Irren-Anstalt, provis. Hilfsarzt, 900 Mark, freie Station. 3) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 5) Marsberg (Westphalen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M. fr. Station. b) Assistenzarzt, 1200 M., fr. Station. 6) Dalldorf bei Berlin, Volontairarzt, baldigst, 600 M. freie Station. 7) Die Kreisphysicate: Daun (Trier), Mülheim a. d. Ruhr (Mülheim), Ost-Priegnitz (Potsdam), Wreschen (Posen).

Besetzte Stellen. Kreisphysicat Mansfelder Seekreis (Eisleben) durch Dr. Pippow zu Kyritz; Belgard durch Dr. Roth daselbst; Grottkau durch Dr. Kornfeld in Neumünster; Neisse durch Dr. Felsmann daselbst. Königslutter, 2. Assistenzarzt: Herr Dr. Schmidt. Blankenhain, Assistenzarzt: Herr Dr. Rud. Barth.

Ehrenbezeugungen. Dr. Wynen, Kreisphysicus zu Aschenberg erhielt den Titel Sanitätsrath. Desgleichen Dr. Hauptmann zu Peckelsheim und Dr. Heymann zu Wiesbaden. Unser verehrter Mitarbeiter Herr Dr. F. Karrer in Erlangen erhielt den Titel eines Kgl. Bayr. Oberarztes.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. Juni 1882. Nro. 12.

INHALT.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das III. Quartal 1882 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Originalien.

Weiterer Bericht über den durch doppelseitige Ischiadicusdehnung geheilten Fall von typischer Tabes dorsalis.

Von Dr. H. SCHUESSLER, in Bremen.

Am 19. Februar dieses Jahres war ein Jahr verflossen seit der Operation jenes Tabikers, dessen Heilung durch bilaterale Ischiadicusdehnung ich in diesen Blättern beschrieb. (Nro. 10. 1881.)

Dieser Mittheilung, deren klinische Skizze nur in kurzen und groben Zügen gehalten war, folgte eine Kritik von Erb. Ueberbürdet mit Arbeit gab ich auf dieselbe in Nro. 13 dieses Blattes seiner Zeit nur eine ganz kurze Erwiderung, welche das Befinden meines Patienten anging. Heute nach Jahresfrist fühle ich mich im Interesse der Sache verpflichtet, etwas ausführlicher über meinen Patienten zu berichten und bei der Gelegenheit in wenigen Punkten die Erb'sche Kritik zu berühren.

Erb meint: Pat. „scheine" nur „einmal" untersucht worden zu sein. Das ist ein Irrthum. Pat. wurde zuerst von mir in meinem Hause untersucht, dann fand im Hause des Pat. eine gemeinsame Untersuchung mit dem Hausarzt statt und schliesslich noch eine dritte Untersuchung mit einem zweiten Collegen.[1]) Ausserdem war Pat. vom Fibulabruch angerechnet bis zur Operation unausgesetzt in hausärztlicher Behandlung.

Ferner scheint Erb den Fibulabruch, entstanden durch einen Fehltritt vom Trottoir, als die Ursache der Tabes anzusehen, während gerade das umgekehrte Verhältniss das richtige ist.[2]) Die Ataxie des Kranken war nämlich nachweislich schon Ende 1879 vorhanden und damals schon so stark ausgeprägt, dass Pat. sich gelegentlich eines Besuches in Braunschweig wiederholt auf den Arm seines Schwagers stützen musste. Die Ataxie verliess den Pat. nicht wieder und war nach seiner eigenen bestimmten Angabe die Schuld jenes Fehltrittes, welcher zur Fractur führte.[3]) Ich vermuthe nun, dass die initialen Symptome der Tabes bei unserm Pat. noch viel weiter zurück datiren. Es ist ja bekannt genug, dass weniger gebildete Menschen — mein Pat. hat sich vom Maurergesellen zum Bauunternehmer emporgearbeitet — sehr wenig auf ihren körperlichen Zustand achten und nicht eher zum Arzt gehen, oder auf dessen Rath hören, als bis sie müssen. Dann erst pflegen sie mehr auf sich zu achten und fasslichere Angaben machen zu können. Und so kann es denn kommen, dass die Symptome einer chronischen Erkrankung bis zu einem gewissen Stadium „scheinbar" innerhalb auffallend viel kürzerer Zeit durchlaufen werden. Doch das sind Vermuthungen. Sicher ist, *dass der Beinbruch hier nur das Signal war zur stürmischen Weiterent-*

---

[1]) Die Collegen sind die Herren Dr. Rohlfs und Grober.

[2]) Selbstverständlich muss ich wegen der fragmentarischen Krankengeschichte um Entschuldigung bitten; denn sie war ja die Ursache des Missverständnisses.

[3]) Mein Patient heisst H. Döhle, Bremen, Humboldstrasse 77.

wickelung der Erkrankung. Bekanntlich sind ja Erschütterungen des Rückenmarks im Stande, eine stillstehende Tabes wieder aufzurütteln. So erzählt z. B. Erlenmeyer in seinem 1877 herausgegebenen Bericht über seine Heilanstalt (pag. 29) folgenden Fall:

„Bei einem 42 Jahre alten Tabiker, bei dem nach galvanischer „und vorsichtig hydriatischer Kur der degenerative Prozess zum Still- „stand gekommen war, kamen nach einem Fall mit Fractur eines Ar- „mes schnell alle Krankheitserscheinungen wieder zum Ausbruche und „zum rapiden Fortschreiten, so dass namentlich die Ataxie der Beine „sich so entwickelte, dass Patient ohne Hülfe nicht mehr gehen konnte „und im Finstern sofort umstürzte."

Bei unserm Patienten kam nun noch hinzu, dass er als treu sorgender Familienvater mit eiserner Consequenz und Energie in Kälte und Nässe todtmüde sich herum schleppte, bis er die Nothwendigkeit an sich herantreten sah, seine Beschäftigungen ruhen lassen zu *müssen.*

Wenn man ein Carcinoma mammae kataplasmirt, dann ist der Verlauf bis zum Aufbruch auch ganz bedeutend abgekürzt.

Der raschere Verlauf der Tabes dürfte also hier nicht besonders überraschen. Immerhin betrug derselbe nach meiner Mittheilung mindestens 8—9 Monate und nicht wie Erb herausrechnete „wenige" Monate. Und wenn ich nun schon aus diesen Gründen ein Recht zu haben glaubte, die Tabes eine typische nennen zu dürfen, so schien mir das noch viel zwingender aus dem Grunde, weil der Pat. alle jene Symptome darbot, welche man für eine typische Tabes[1]) zu beanspruchen pflegt.

Das leichte Ermüdungsgefühl, die Abnahme der motorischen Kraft — meiner Meinung genügend ausgedrückt in den Worten „ein lähmendes Gefühl beschleicht seine Beine" — die Schmerzen, die Störung der cutanen- und Muskel-Sensibilität, die Ataxie, die Aufhebung der Sehnenreflexe, das Schwanken bei geschlossenen Augen, die Blasen- und Geschlechtsschwäche, die Alcalescenz des Urins, die Pulsfrequenz, die Pupillenstarre, die Parese des Oculomotorius.

Während nun Erb dennoch die „typische" Tabes nicht gelten lassen will, wozu er ja von seinem Standpunkt aus ein Recht haben mochte, gehen Andere in ihrem Eifer gegen die ganze Dehnungstherapie so weit, die Tabes überhaupt zu leugnen. Natürlich! Das Resultat war ja ein sehr überraschendes, ein zu glänzendes. Waren doch bei der Entlassung die soeben aufgezählten Symptome verschwunden bis auf die Augenstörungen, das Kniephänomen, bis auf geringes, manchmal überhaupt nicht mehr auftretendes Schwanken bei geschlossenen Augen. Bis zur Publication hatte Pat. noch gewonnen an Ausdauer, an Sicherheit, obgleich er, allen Warnungen zum Trotz, den Schädlichkeiten seines Berufes sich ausgesetzt hatte. Das war wieder sehr auffallend und gegen alle bisherigen Erfahrungen. Durchdrungen von der Ueberzeugung, dass durch die Dehnung Prozesse regenerativer Natur in den Nervenfasern angeregt worden waren, musste ich auch eben so überzeugt sein, dass dann auch noch auf weitern nachhaltigen Erfolg zu rechnen

[1]) S. Erb, Krankheiten des Rückenmarks. S. 599.

sei. Ich stellte daher die Prognose so günstig wie möglich. Sie war nicht unrichtig. Pat. gewann mehr und mehr an Ausdauer und Sicherheit. Er ging täglich 8—9 Stunden seiner Beschäftigung nach, er bestieg wieder sein Baugerüst drei Stockwerk hoch; den Tramway brauchte er beim Verlassen nicht mehr halten zu lassen. Die Pupillenstarre verschwand erst 6 Monate nach der Operation. Eine Abnahme der motorischen Kraft trat eben so wenig wieder ein, als die Schmerzen. Störungen der cutanen- und Muskel-Sensibilität, der Blase oder der Potenz, atactischer Gang stellten sich nicht wieder ein. Dieser Zustand hielt sich bis April dieses Jahres, also fast 14 Monate nach der Operation.

Im Laufe des Winters hat Pat., der in seinem und meinem Hause im Dunkeln sehr gut gehen kann, gelegentlich der Beschäftigung in Kellerräumen erfahren müssen, dass er in ihm bis dahin unbekannten Räumen im Dunkeln von einem Gefühl grosser Unsicherheit und Machtlosigkeit befallen wird, von dem er durch das Licht sofort befreit wird. Im April dieses Jahres haben sich die ersten Schmerzen „reissende“ „ziehende“ eingestellt im Rücken und in den Beinen; sie traten in kleineren und grösseren Pausen nach Witterungswechsel auf in verschiedener Intensität.

Stat. praes. vom 19. Mai 1882, also 15 Monate nach der Operation.

Pat. geht nach wie vor unausgesetzt den ganzen Tag seiner Beschäftigung nach, d. h. er ist täglich 8—9 Stunden auf den Beinen; er besteigt sein Baugerüst; Blase, Mastdarm, Potenz sind völlig ungestört. Es besteht keine Störung der cutanen- und der Muskel-Sensibilität. Bei geschlossener Fussspitzenstellung mit offenen Augen steht Pat. völlig stramm; bei geschlossenen Augen schwankt er bald mehr, bald weniger. Patient macht freistehend die Hocke. Das Kniephänomen fehlt nach wie vor. Pat. kann in dunklen Räumen ganz gut gehen, vorausgesetzt, dass dieselben ihm schon bekannt waren. Die Pupillenstarre ist völlig geschwunden. Die Parese des Oculomotorius ist wesentlich gebessert. Der Gang des Pat. ist für gewöhnlich nicht atactisch. Indessen bemerkt man beim Aufstehen und Umdrehen einige Unsicherheit der Bewegungen und Pat. macht die bemerkenswerthe Angabe, dass er Abends nicht so leicht geht, wie Morgens; dass er Abends, wenn er besonders ermüdet nach Hause kommt, nicht so sicher mehr geht und dass er geradezu unsicher sich fühlt, wenn er von Schmerzen befallen wird.

Die Schmerzen haben sich in diesem Monat nur einmal am 9. Mai Abends eingestellt. Nach einer Dosis Fol. Jaborand. (5,0 auf eine Tasse heissen Wassers) schwanden *sie sofort, um bis jetzt nicht wiederzukehren.*[1])

Angesichts eines solchen Erfolges konnten mich weder die aprioristischen Negationen auf der einen, noch die Misserfolge, oder gar

[1]) Ob das der Fol. Jaborandi nun allein zugeschrieben werden muss, oder sonstigen Umständen — dass will ich dahin gestellt sein lassen — jedenfalls bemerkte ich auch in andern ähnlichen Fällen subcutan angewendet, eine sehr rasche und auch eine mehr oder weniger nachhaltige Wirkung, so dass ich die Drogue für diese Zwecke nicht genug empfehlen kann.

Todesfälle auf der andern Seite — die übrigens meistens wohl nur auf mangelnde Technik oder mangelnde Beherrschung der Antiseptik zurückzuführen sein dürften — abhalten, die Wirkung der Nervendehnung gegen spinale Leiden weiter zu verfolgen und zwar in der von mir angegebenen Weise.

Ich habe seit der Zeit Erfahrungen gesammelt an weiteren 64 Nervendehnungen. Die Endresultate nach einjähriger Dauer werde ich gelegentlich zusammenstellen. Es sei hier zunächst nur erwähnt, dass bei sämmtlichen Patienten die Wunden prima intentione reactionslos heilten, dass das Drainagerohr schon nach den ersten Fällen überhaupt keine Anwendung mehr fand und dass sämmtliche Patienten bei der Entlassung aus meiner Anstalt irgend einen Erfolg zu constatiren hatten. Der Erfolg war je nach dem Grade und der Dauer der Krankheit ein sehr verschiedener, klein und gross und nach den bisher eingezogenen Erkundigungen dauernd, oder nicht dauernd.

II. Referate.

271) **N. Rüdinger:** Ein Beitrag zur Anatomie der Affenspalte und der Interparietalfurche beim Menschen nach Race, Geschlecht und Individualität. (Beitr. z. Anat. u. Embryol. Bonn, Cohen & Sohn. 13 pag. 4 T. 2 M.)

Unter den Windungen, welche die Interparietalfurche begrenzen, verdient besondere Beachtung jener Windungszug, welcher dem prémier pli de passage superieur externe von Gratiolet entspricht, nämlich jener Gyrus, welcher den an die convexe Hirnoberfläche herübertretenden Theil der fissura parieto-occipitalis umsäumt. Diese Bogenwindung lässt von den niederen Affen an bis zu den Primaten herauf eine allmählige Vervollkommnung erkennen und zeigt auch beim Menschen Unterschiede, wie kaum ein anderes Gebiet der Grosshirnrinde; sie stellt beim weiblichen Geschlechte gewöhnlich einen einfachen, glatten Bogen dar, während an männlichen Gehirnen, besonders aber wenn dieselben von geistig hochstehenden Personen herstammen, diese Windung in hohem Grade ausgebildet, vielfach gefaltet und bedeutend länger erscheint. Durch diese stärkere Entwicklung des Scheitellappens an der gedachten Stelle wird auch der hintere Theil der Interparietalfurche derart centralwärts verdrängt, dass die Hauptrichtung dieser Furche, welche bei den meisten Menschen, am ausgesprochensten aber bei den Affen, von hinten oben nach vorn unten verläuft, in eine rein sagittale umgewandelt wird.

Eine weitere Eigenthümlichkeit des weiblichen Gehirnes besteht in der schwachen Entwicklung jener frontal gestellten Spalten, welche beiderseits von der Interparietalfurche ausgehen, während diese secundären Furchen gerade an den Gehirnen von Gelehrten nicht so sehr an Zahl als an Länge zunehmen.

Für die Gehirne von Mördern und Raubmördern liessen sich, soweit die Interparietalfurche und die Affenspalte in Betracht kommen, keine specifischen Eigenthümlichkeiten nachweisen, wohl aber jene ty-

pischen Bildungen, welche an den Gehirnen von geistig niedrig stehenden Individuen vorkommen.

Die auffallenden formellen Unterschiede, welche der Scheitellappen nach Race, Geschlecht und Individualität zeigt, können nur ihre Erklärung finden in der Annahme, dass der höhere Grad seiner Thätigkeit eine Vergrösserung der Oberfläche zur Folge hat. Die grösste Flächenentfaltung des Scheitellappens findet sich am häufigsten bei geistig hochstehenden Männern. Die Hirnthätigkeit, welche den Scheitellappen zu einem vollkommeneren Organ ausbilden kann, muss eine für den Menschen eigenartige sein; denn wäre es nur eine motorische oder sensorische, so würde der Unterschied in seiner äusseren Form bei geistig niedrigstehenden und geistig hochstehenden nicht so bedeutend sein. Obersteiner (Wien).

---

272) **Jastreban:** Uterine Cervical Ganglion. (Brit. Med. Journ. Jan. 7, 1882.)

Verf. sagt, dass das sogenannte Frankenhauser'sche Cervicalganglion ein Plexus mehrerer im Bereiche der Verbindungsäste der Sacralnerven mit dem plex. hypogastr. liegenden Ganglien sei, und dass die Läsion desselben gewisse functionelle Störungen des Uterus erzeuge. Voigt (Oeynhausen).

---

273) **Hammond:** The hypothetical auditory tract in the light of the recent anatomical observations. (Journal of nerv. and ment. disease 1881. pag. 565.)

H. weist zunächst darauf hin, dass von ihm entdeckte Ganglienzellen der Hirnrinde im Gyrus angul. grösser sind, als die, welche Betz (Centralbl. 1874) als grösste erachtete. Diese Zellen fand H. zuerst bei der Katze, dann an der entsprechenden Stelle beim Menschen: Sie liegt im Gyrus angul. über dem horizontalen Zweige der fiss. Sylv., von deren hinterem Ende etwa um ein Viertel ihrer Länge entfernt. Diese Zellen sind denen im nucl. und tract. audit. gleich, und H. spricht die Ansicht aus, dass wir in jenen Zellen ein Hör-Centrum haben; sie, die grossen Zellen des nucl. audit. und die des nucl. tegmenti sind als Stationen eines und desselben (Hör-) Tractus anzusehen. Eine Stütze für seine Hypothese findet er in einem von Boll (Archives of Medecine, 1881, April) mitgetheilten Falle von Aphasie resp. Wort-Taubheit. Waehner (Kreuzburg).

---

274) **Sigm. Freud** (Wien): Ueber den Bau der Nervenfasern und Nervenzellen beim Flusskrebs. (Sitzber. d. k. Ac. d. Wiss. Wien. 85. B.)

Durch die Untersuchung möglichst frischer, entschieden noch lebender Präparate konnte folgendes nachgewiesen werden. Der Inhalt der *Nervenfasern* des Flusskrebses (peripherer und centraler) besteht aus geradlinigen, isolirten, in eine homogene Substanz eingebetteten Fibrillen von sehr grosser, aber nicht an allen Stellen gleicher Hinfälligkeit; die *Nervenzellen* im Gehirn und in der Bauchganglienkette bestehen aus zwei Substanzen, von denen die eine, netzförmig angeordnete, sich in die Fibrillen der Nervenfasern, die andere,

homogene in die Zwischensubstanz derselben fortsetzt. Der Kern der Nervenzelle besteht aus einer gegen den Zellleib nicht scharf abgegrenzten, homogenen Masse, in welcher geformte Bildungen von verschiedener Gestalt und Haltbarkeit sichtbar sind. Diese Inhaltskörper des Kernes zeigen Form- und Ortsveränderungen, durch welche der überlebende Zustand der Zelle dargethan wird.

Es ist durch verschiedene Thatsachen, wenn auch nicht nachgewiesen, so doch wahrscheinlich gemacht, dass in der Structur der nervösen Elemente bei Wirbellosen und Wirbelthieren eine grosse Uebereinstimmung besteht, sodass die beim Flusskrebs gefundenen Verhältnisse für die Kenntniss vom Bau dieser Elemente bei höheren Thieren keineswegs bedeutungslos sind. Obersteiner (Wien).

---

275) **Luigi Luciani** (Siena): Die ersten Fragen der Physiologie. (Aus dem Ital. übersetzt von Kornfeld. Jahrb. für Psych. III. Jahrg. S. 206.)

Es giebt Probleme, die zu lösen die Wissenschaft niemals im Stande sein wird. Dahin gehören vor Allem die Fragen: Was ist *Materie?* was *Kraft?* was das *Wesen des Lebens?* Wir erkennen die *Materie* nicht anders als durch Erscheinungen d. i. *Kräfte*, die sie äussert. Umgekehrt: *Kraft* ist die „Ursache einer Bewegung.“ Eine Bewegung erkennen wir nicht ohne etwas sich Bewegendes d. i. ohne *Materie.* Also schliessen die Begriffe *Kraft* und *Materie* sich gegenseitig ein, das Verständniss des einen ist ohne das Verständniss des andern nicht denkbar.

Das „*Leben*“ setzt sich zusammen aus einem *Complex von functionellen Bewegungen der Organismen* und den psychischen Phänomenen d. i. dem *Bewusstsein* und der *Nervenerregung.* — Organe und Function stehen in fortwährendem Rapport; der Begriff des einen schliesst den des andern ein, also ist wieder eine Definition des einzelnen unmöglich. — Verf. stimmt mit Dubois-Reymond überein, dass es eine unfruchtbare Aufgabe sein werde, dem Wesen von Kraft und Stoff, von Bewusstsein und Geist nachzuforschen. Die dahin gehenden Bemühungen haben ihren Ausdruck gefunden in den beiden extremen Richtungen des *Materialismus* und des *Spiritualismus.* Von der Ansicht ausgehend, dass Materialismus und Spiritualismus *Hypothesen* sind, und dass Hypothesen — sofern sie wie diese sich in ihren Folgerungen nicht als wahr werden nachweisen lassen — der Wissenschaft nie reellen Nutzen bringen können, warnt Verf vor einseitiger Auffassung und Erklärung des Wesens der Dinge entweder als Spiritualist oder Materialist. Von theoretischem Standpunkte aus besteht keine Möglichkeit die beiden Richtungen zu vereinigen; vom practischen Standpunkt aus insofern, als derjenige, der sich weder dem einen noch dem andern metaphysischen System anschliesst, sondern *allein mit den Thatsachen der Erfahrung* rechnet, sowohl mit dem Materialisten wie dem Spiritualisten im Einklang stehen wird. Die ehrliche Physiologie soll frei sein von Metaphysik und Speculation. — Langreuter (Dalldorf).

---

276) **Pasternatzky** (Warschau): Experimentelle Untersuchungen über Pas von der Grosshirnrinde abhängige Zittern. (Jahrbuch für Psych. III. Jahrgang S. 229.)

Verf. legte bei Hunden die Hitzig'sche psychomotorische Zone blos und reizte sie mit dem faradischen Strome. Er fand, dass durch die Wirkung des Chloroforms die Reizbarkeit der Grosshirnrinde sich stufenweise vermindert, die Bewegungen viel schwächer werden und die *Erscheinungen des Zitterns hervortreten.*

Bei der progressiven Paralyse nun, ist die Reizbarkeit der Grosshirncentra ebenfalls herabgesetzt. In Folge dessen vermögen die als Reiz wirkenden pathologischen Producte (Bindegewebe, Pigment, Fett) in die bei der progr. Paral. ein Theil der Rindenzellen umgewandelt ist, durch Reizung der noch leistungsfähigen Zellen, nur mehr die unvollkommene Bewegung des *Zitterns* hervorzurufen.

Langreuter (Dalldorf).

---

277) **James:** The reflex inhibitory centre theory. (Brain. 1881 pg. 287.)

J. geht davon aus, dass mit der von ihm früher ebenfalls vertretenen Annahme eines Hemmungs-Centrums im Grosshirn, um die betreffenden Erscheinungen zu erklären, keine exakte Erklärung geschaffen ist. Er bespricht kurz die verschiedenen Hypothesen und Experimente und kommt durch eigene hier ausführlich mitgetheilte Versuche an decapitirten Fröschen zu der Annahme, dass die bei ihnen constatirte erhöhte Reflexthätigkeit zumgrössten Theilmechanisch dadurch zu Stande kommt, dass der Reiz keine Erregung des Grosshirns spec. des lob. opt. auszulösen hat, also concentrirter auf die centrifugalen Nervenbahnen wirkt. Eine Erhöhung der Reflexthätigkeit durch Erhöhung der Irritabilität in Folge der Decapitation (ähnlich wie in Folge Strychnins etc.) schliesst J. aus, wenn er auch zugibt, dass die Irritabilität der Nerven-Centra durch Ernährungsstörungen, Sclerosis etc. beeinflusst werden kann. Stützen für seine Annahme findet er in Beobachtungen bei Hypnotisirten, bei Paraplegischen, aber auch bei Gesunden, die irgend eine Beschäftigung, z. B. Lesen, Musiciren und Aehnl. am besten ausüben können, wenn sie „nicht dabei denken". Seine Erklärung lässt uns auch die Verschiedenheit der Aeusserungen einer mehr und einer weniger entwickelten Intelligenz natürlich erscheinen; jene sind oft langsamer, unbestimmter, aber eben überlegter; diese übereilt, hastig, aber auch irrthümlich und doch hartnäckig festgehalten ohne Ueberlegung.

Waehner (Kreuzburg).

---

278) **Seguin:** A second contribution to the study of localized cerebral lesions. (Journal of nervous und mental disease. 1881. pag. 510.)

S. theilt 5 neue Beobachtungen über Herderkrankungen des Gehirns mit; 7 hatte er bereits früher in den „Transactions of the American Neurol. Assoc. vol. II. 1877" veröffentlicht. Neun von diesen 12 Fällen ergaben positive Resultate.

Fall 1: Kopfschmerzen, spastische Krämpfe und Lähmung in der linken obern Extremität; Tumor in der rechten aufsteigenden Stirnwindung.

Fall 2: Jahre hindurch in den rechtsseitigen Extremitäten Krämpfe (epileptoide), dann rechtsseitige Hemiplegie; Tumor in der Längsfissur, in der Ausdehnung von der ersten linken Stirnwindung bis zur aufsteigenden Parietalwindung; ausser diesem Tumor, nach aussen in der weissen Substanz der linken Hemisphäre eine Cyste.

Fall 3: Linksseitige Hemiplegie; Tumor im Bereiche der rechtsseitigen Parietalwindungen.

Fall 4: Leichte linksseitige Paralyse; früher vorübergehende rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie mit Wort-Taubheit; Herzfehler nach Rheumatismus; kurz vor dem Tode plötzliche Erblindung. Erweichungsherd im linken Parietallappen; Endarteriitis deformans.

Fall 5: Keine motorischen Syptome; grosser Abscess im linken Frontallappen.

Seguin schliesst aus seinen Beobachtungen:

1. Die motorische Region der Rinde und angrenzende Marksubstanz erstreckt sich von der untern Hälfte der ersten und zweiten Stirnwindung bis zum vordern Theil der Fissura interpariet. (Fälle IV und V.)

2. Diese Zone steht in direkter Beziehung zu den Muskeln des Gesichts, der Zunge, der oberen und der unteren Extremität.

3. Der untere Theil der dritten Stirnwiudung steht in enger Beziehung zu den Organen der Sprache.

4. Die mittleren Theile der aufsteigenden Stirn- und Parietalwindungen stehen in direkter Beziehung zu der oberen Extremität der entgegengesetzten Seite.

5. Der obere oder hintere Theil eben dieser Windungen und der lobul. paracentral. stehen in direkter Beziehung zu beiden Extremitäten, vielleicht vorzugsweise der unteren der entgegengesetzten Seite.

Waehner (Kreuzburg).

---

279) **Schmidt** (New-Orleans): Destructive Lesion of the left cerebral hemisphere, with general Pachymeningitis, and a large hemorrhagie cyst pressing upon the right hemisphere, of 13 years' standing. (Läsion der linken Grosshirnhemisphäre mit Pachymeningitis und einer grossen hämorrhagischen Cyste auf der rechten Hemisphäre.) (Journal of nervous and mental disease. New-York, October 1881.)

Der durch die Ueberschrift in der Hauptsache charakterisirte Fall betraf einen Mann, welcher in einem Streit einen Schlag auf den Kopf mit einem schweren Eisenstab erhalten und in Folge dessen mehrere Wochen in besinnungslosem Zustande verbracht hatte. Er soll anfänglich auf beiden Seiten gelähmt gewesen sein; als er aber in die Hände des Verf. kam, bestand nur noch eine rechtsseitige unvollständige Hemiplegie mit Beugecontractur des Vorderarms und der Hand nebst Fingern; das rechte Bein wurde etwas geschleift. Im Uebrigen befand er sich vollkommen wohl. Gedächtniss, Intelligenz und Sprache war normal, Kopfschmerzen, Convulsionen nicht vorhanden. Einige Monate vor seinem Tode wurde er vergesslich, grillig und war in der Sprache etwas behindert, indem er häufig das rechte

Wort für einen Gegenstand nicht finden konnte, wenn es aber zufällig Jemand errieth, mit erstauntem Ausdruck, „Ja“ sagte. Auch nahm die Sehkraft in der letzten Zeit ab. In den letzten drei Wochen war das Sensorium hochgradig getrübt; es traten mehrmals Ohnmachtsanfälle mit Convulsionen ein und in einem derartigen Anfall erfolgte der Tod, 13 Jahre nach Eintritt der Verletzung. Bei Lebzeiten hatte der Kranke eine tiefe Depression in der *linken* Scheitelgegend gezeigt, die sich weich anfühlt. Eine äussere Hautverletzung hatte nach der bestimmten Angabe des Pat. niemals bestanden. Auch bei der *Section* war keine Narbe in derselben zu finden. An der genannten Stelle zeigte sich ein grosser Knochensubstanzverlust und eine Höhle von $9^1/_2$ Ctm. Umfang in der Horizontalrichtung und 5 Ctm. Tiefe. Dem entsprechend bestand eine partielle Hirnatrophie, welche die beiden unteren Drittel der Centralwindungen, das hintere Drittel der mittleren Stirnwindung, den ganzen Gyrus supramarginalis und den vorderen Theil des Gyrus angularis sowie das obere Drittel der obern Schläfenwindung betraf. Unter der *rechten* Hälfte der Dura lag ziemlich symmetrisch mit der linksseitigen Depressionsstelle eine dickwandige hämorrhagische Cyste von $6^1/_2$ Ctm. Tiefe, 10 Ctm. Horizontalumfang und 2 Ctm. Transversal-Durchmesser. Ausserdem bestand chronische Entzündung und Trübung der weichen Hirnhäute sowohl als der Dura. Die linksseitige Hirnatrophie erstreckte sich nur auf die weissen Fasern der Corona radiata, während die graue Rindenschicht erhalten war. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich die corticalen Nervenfasern unverändert, während die weissen Fasern hochgradig atrophirt waren.

Die Beobachtung ist namentlich desshalb bemerkenswerth, weil diese ausgedehnten Verletzungen so lange Zeit bestanden, ohne weder das Allgemeinbefinden noch die psychischen Functionen wesentlich zu beeinträchtigen, in welcher Hinsicht der Fall übrigens nicht vereinzelt dasteht.

Pierson (Dresden).

---

280) **Page:** A case of trephining. (Brain 1881 pg. 399.)

Ein neunzehnjähriges Mädchen, von einer Revolverkugel etwas über und hinter dem rechten Tub. front. getroffen; Knochen äusserlich nicht verletzt. Nach 8 Tagen plötzlich Anfälle von Krämpfen mit Bewusstlosigkeit und zurückbleibender leichter rechtsseitiger Paralyse. Bei Trepanation an der Stelle, wo die Kugel getroffen hatte, der Knochen durchaus intact, zwichen ihm und Dura mat. ein kleines Blutextravasat, bei der Exploration von hinten her unter dem Schädel Entleerung von 3—4 Tropfen Eiters. — Nach der Trepanation keine Besserung; leichte rechtseitige Paralyse, dann ausgesprochene linkseitige Hemiplegie, Paralyse des Musc. rect. ext. ocul. dextr., Neurit. opt. dextr. Vierzehn Tage nach der Trep. Tod im Coma.

Die Autopsie ergiebt eine eitrige Leptomeningitis, die sich von dem vorderen Ast der Fiss. sylv. bis zum lobul. pariet. und von der Höhe der oberen Stirnwindung bis zu der unteren erstreckt.

Waehner (Kreuzburg).

281) **Rivington:** Case of Abscess of the brain. (Brain. 1881. pg. 413.)

Ein 31jähriger Mann kommt 1879 zur Beobachtung; hatte 1876 durch eine vom Gerüst fallende Feile eine scheinbar geringfügige Wunde über dem hintern obern Winkel des rechten Scheitelbeins erhalten. Drei Tage darauf aber Kopfschmerzen, Delirium, leichte linksseitige Hemiplegie. 4 Wochen nach dem Trauma Trepanation, Entleerung einer grossen Menge Eiters nach Punktion der Dura. Pat. genesen entlassen. Erst zehn Monate nach der Trepanation Krampfanfälle mit zurückbleibender leichter linksseitiger Paralyse; nach Wiedereröffnung der Wunde und Entleerung wenigen Serums Wiederherstellung, bis er plötzlich ca. 8 Monate darauf von heftigen Krämpfen befallen wird. Oeftere Wiederholung der Krampfanfälle und linkseitige Paralyse. Dieser Zustand bei seiner Beobachtung 1879; ausserdem beiderseitige Neurit. opt. constatirt. Es wurde zunächst in der alten Wunde ein Stück necrotischen Knochens gefunden und entfernt; bald darauf entleerte sich spontan Nachts eine grosse Menge Eiters aus der Wunde. Bei der Untersuchung sinkt die Sonde etwa 2 Zoll gegen das Hirncentrum ein, ohne Widerstand zu finden. Sofortige Besserung im Befinden des Kranken und allmälig vollständige Genesung. Waehner (Kreuzburg).

---

282) **Mills:** Tumor of the pons Varolii, with conjugate deviation of the eyes and rotation of the head. (The Journal of nervous & mental disease 1881 pg. 470.)

Pat. war 32 Jahre alt, früher syphilitisch inficirt; war vor 5 Jahren zweimal vom Pferde auf den Kopf gestürtzt und litt seit dem an Kopfschmerzen und bisweilen an Schwindelanfällen. Vier Wochen vor der Beobachtung Fall auf dem Eise, später Anfall von Bewusstlosigkeit und hierauf unwillkürliche Bewegungen der Augen und zunehmende Schwäche in den rechtseitigen Extremitäten. Allmählig vollständige rechtsseitige Hemiplegie und conjugirte Deviation der Bulbi nach rechts. Auf dem Schädel linkerseits eine Narbe mit Depression. Es trat unstillbares Nasenbluten hinzu und Pat. starb an Erschöpfung, nachdem die Lähmung auch die linksseitigen Extremitäten ergriffen.

Autopsie: Entsprechend jener Narbe Fractur der Lamina vitr. int. circumscripte Pachy- und Leptomenigitis mit leichter Depression der entsprechenden (ersten) Temporalwindung. In der Brücke und zwar im linken oberen Theile, ein etwa 1/2 Zoll im Diameter messendes Gumma.

Verf. bespricht im Anschlusse an seinen Fall die verschiedenen Arten der Bulbus-Deviation und zieht zur Vergleichung einige Fälle aus der einschlägigen Literatur an. Waehner (Kreuzburg).

---

283) **Monckton** (Staffordshire): Case of fatal cerebral haemorrhage. (Ein Fall von tödtlicher Hirnhämorrhagie.) (The Lancet 24 XI. 1881.)

Der Fall hat nur gerichtlich-medicinisches Interesse. Ein Mann hatte bei einem Wirthshausstreit einen heftigen Schlag ins Gesicht erhalten, so dass er zusammensank. Nach zweitägigem ziemlichen Wohlbefinden erkrankte er unter Kopfschmerzen, wurde bald comatös und

starb am 8. Tage. Verf. fand bei der Section eine Hirnhautblutung über der linken Hemisphäre und erklärte den Tod als Folge des Schlages. Die Assissen aber sprachen den Thäter frei, weil die unmittelbaren Symptome zu leicht gewesen seien, um Verf.'s Schluss zu rechtfertigen. Karrer (Erlangen).

---

284) **H. A. Nielsen** (Söndersö): Et Tilfaelde af Fract. baseos cranii og Fract. claviculae med paafölgende Facialisparalyse og Melituri. (Ein Fall von Fractur der Schädelbasis und des Schlüsselbeins mit folgender Gesichtslähmung und Meliturie.) (Hospitals Tidende 1882, Nro. 20.)

Bei einem von einer Höhe von ca. 10′ mit dem Kopf auf Steinpflaster gefallenen Manne, der das Bewusstsein keinen Augenblick ganz verloren hatte, zeigten sich gleich darnach unzweifelhafte Symptome von Basisfractur, nämlich bedeutender und 3 Tage anhaltender, dünnflüssiger, blutiger Ausfluss aus dem rechten Ohr und kurzdauernde Blutung aus dem rechten Nasenloch. Ausserdem eine zollgrosse nur bis auf das Periost dringende Wunde in der Gegend des rechten Scheitelbeinhöckers und rechtsseitige Fract. claviculae. Nachdem bis dahin kein Zeichen irgend einer Affection der Centralorgane bestanden, trat am 4. Tage vollständige Lähmung sämmtlicher Facialiszweige der rechten Seite, auch des Gaumensegels, auf und wurde unmittelbar darauf auch gesteigertes Durstgefühl und häufiges Uriniren constatirt. Es ergab sich ein Zuckergehalt von 4—6%. 4 Tage später waren die Symptome der Meliturie wieder verschwunden. Nach 2 Wochen begann auch die Gesichtlähmung sich zu bessern, doch blieb die Lähmung des orbicularis oculi noch lange bestehen, nachdem die übrigen Muskeln längst functionstüchtig geworden. Zur Zeit der Publication war von allen Symptomen nur noch eine Parese der Gaumenmuskulatur zurückgeblieben. Dehn (Hamburg).

---

285) **Ireland:** On mirror-writing and its relation to left-handeness and cerebral disease. (Brain. 1881. pag. 361.)

J. theilt mehrere Fälle von Spiegelschrift mit, die nichts wesentlich Neues bringen; es handelt sich in allen um Linkshänder. Eine irgend begründete Hypothese weiss er nicht aufzustellen. Waehner (Kreuzburg).

---

286) **P. J. Möbius** (Leipzig): Neuropathologische Notizen. (Betz's Memorabilien 1882. 2. Heft, Sp.-Abd.)

V. Eisenbahn-Krankheit. Gutachten, betreffend den Gesundheitszustand des Packmeisters C . . . . . .

Das mitgetheilte gerichtliche Gutachten betrifft einen typischen Fall von „Railway spine." — Einige Tage nach einem i. J. 1873 stattgefundenen Eisenbahnzusammenstosse, bei dem C. in einem Gepäckwagen auf einer Bank sitzend, von dieser herabgeschleudert wurde, ohne äussere Verletzungen zu erleiden oder das Bewusstsein zu verlieren, hatten sich die Krankheitserscheinungen gezeigt und sich seitdem allmälig verschlimmert.

Der zur Zeit der Untersuchung 43jährige übrigens kräftig gebaute Mann zeigte schlaffe, bleiche Hautdecken, Blässe der sichtbaren Schleimhäute, leidenden Gesichtsausdruck. *Bewegungen* langsam, unsicher, kraftlos. Rasche Ermüdung. Bewegungen der Wirbelsäule, besonders in ihrem oberen Abschnitte, steif und schwierig. Reflectorische Bewegungen normal. Patellarsehnenreflex erhalten. Schwanken beim Schliessen der Augen. Bedeutende, über den ganzen Körper verbreitete *Abnahme der Hautempfindung* in allen ihren Qualitäten, besonders der Schmerzempfindung. Kopf beim Beklopfen schmerzhaft, lebhafter *Druckschmerz des oberen Abschnittes der Wirbelsäule.* Subjective Klagen betreffen Schmerzen im Brustbein, die das Athmen erschweren und zuweilen von *Gürtelgefühl* begleitet sind, Schmerzen in den Füssen, im Nacken, zeitweise auch Kopf- und Kreuzschmerzen, Taubheitsgefühl in Händen und Füssen, allgemeine Schwäche und rasch eintretendes Ermüdungsgefühl. Letzteres zeigt sich auch bei *geistiger* Thätigkeit. Gedächtniss hat sehr gelitten. Gemüth reizbarer, weicher als früher. Uebrigens ungestörte Intelligenz.

Die physicalische Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergab ausser Verbreiterung der Herzdämpfung nichts Besonderes.

VI. Carcinoma vertebr. cervicalium (?)

Wenige Monate nach der Amputation der rechten carcinomatösen Mamma traten bei der 41jährigen Patientin neuralgiforme Schmerzen in beiden Armen, Parese der Schulter- und Nackenmuskeln, geringe Anästhesien und Parästhesien im Gebiet des rechten Radialis und linken Ulnaris, linksseitige Atrophie der Muskeln des Daumenballens und später der Interossei auf, dann unter mehrfachen Schwankungen Athemstörungen ohne Lähmung einzelner Athemmuskeln, Aphonie, Pulsbeschleunigung, Verengerung der linken Pupille. Schliesslich ca. $^1/_2$ Jahr nach Beginn der Erkrankung exitus lethalis nach heftigen Dyspnöe-Anfällen. Symptome in den Gebieten des Hypoglossus und Facialis wurden niemals beobachtet. Die in der Ueberschrift gegebene Diagnose ist lediglich eine klinische, da die Section nicht gestattet wurde.

Dehn (Hamburg).

---

287) **Pitres:** De la chute spontanée des ongles chez les ataxiques. (Ueber spontane Abstossung von Nägeln bei Hinterstrangsclerose.) (Progrès médical 1882, Nro. 8.)

Zu den schon von Arloing und Joffroy beobachteten Thatsachen fügt P. zwei neue Beobachtungen hinzu: In dem ersten Fall von Ataxie locomotrice entstanden in den Zehen, namentlich im hallux leise, continuirliche auf Druck zunehmende Schmerzen, ohne dass an der matrix des Nagels etwas zu bemerken war. Nach einigen Wochen stiessen sich die Nägel der grossen Zehen ab, gleichzeitig schwanden die Schmerzen und es bildeten sich neue Nägel. Einige Monate darauf und zwei Jahre später wiederholten sich die Erscheinungen jedesmal mit Abstossung und Neubildung der Nägel der beiden grossen Zehen. In der Intensität der blizartigen Schmerzen war nie eine Aenderung eingetreten und an den neuen Nägeln und deren Umgebung war nichts besonderes zu bemerken.

Im zweiten Fall fand sich bei einem Tabischen mit seit Jahren bestehender Arthropathie des linken Kniees, im linken Grosszehennagel ein eigenthümlicher kribbelnder Schmerz (Crispation) ein, der während eines Monats fortbestand bis sich der Nagel abstiess und dann ein neuer Nagel bildete. Seit 1870 hat sich diese Erscheinung am linken Bein fast jedes Jahr wiederholt, während es rechts nur zweimal vorgekommen ist. Nie lag eine Eiterung oder ein Trauma vor.

Die Erscheinung ist wahrscheinlich eine Ernährungsstörung, analog den andern trophischen Störungen bei Degeneration der Hinterstränge: Arthropathieen, Spontanfracturen, Hauteruptionen, mal perforant etc. Rohden (Oeynhausen).

---

288) **William Pepper:** Pressure on the spinal cord from a sarcomatous tumor. (Druck auf's Rückenmark durch ein Sarcom.) (The Medical and surgic. Reporter. Philadelphia. 5. XI. 1881.)

Der Artikel enthält die Reproduction einer klinischen Krankenvorstellung in der Pennsylvanischen Universitätsklinik und die Begründung der Diagnose.

(Karrer (Erlangen).

---

289) **Knud Pontoppidan** (Kopenhagen): Om Nervestraekningens Anvendelse ved centrale Lidelser, saerligt ved Tabes dorsalis. (Ueber Ausführung der Nervendehnung bei centralen Krankheiten, besonders bei Tabes dorsalis.) (Hospitals Tidende 1882 Nro. 14, 15, 16.)

Eine klar und übersichtlich geschriebene Abhandlung, welche nach einer historischen Einleitung Erfolge, Theorie, Methode und Gefahren der Nervendehnung besonders bei Tabes kritisch bespricht, um schliesslich zu dem Resultate zu gelangen, welches ja auch von Andern z. B. von Bernhardt in der Discussion der Berl. med. Gesellschaft Ref. im Centralbl. Nro. 4 pg. 97) ausgesprochen ist, dass nämlich heftige Schmerzen die einzige wirkliche Indication für die Operation bei Tabes abgeben können. Eine Bereicherung der Casuistik gibt Verf. nicht, wie überhaupt die Operation in den scandinavischen Ländern bisher niemals ausgeführt worden. P's. Erfahrungen gründen sich vielmehr auf Beobachtungen, die er während eines längeren Aufenthaltes in Berlin machen konnte. Dehn (Hamburg).

---

290) **Althaus**: Dangers of Nerve Stretching. (Brit. Med. Journ. Jan. 7. 1881.)

Verf. spricht über die Gefahren der Nervendehnung; die bisher bekannt gewordenen Todesfälle nach derselben scheinen zum Theil von zu heftiger Einwirkung der Dehnung auf das Rückenmark abzuhängen.

Voigt (Oeynhausen).

---

291) **Jeffries:** On some points in regard to color-blindness. (Journal of nerv. and ment. disease. 1881. pag. 433.)

Bannister hatte in der oben gen. Zeitschrift (Vol. III. Nr. 1.) geäussert, dass, wenn gewisse Arten und Grade von Farbenblindheit (nach Pole) nicht unfähig machen, Signale richtig zu unterscheiden, die praktische Bedeutung dieses Defektes erheblich verringert, wenn

nicht gar hinfällig werde, soweit es die Befähigung zu jener Art von Beschäftigung betrifft. Gegen diese Ansicht wendet sich J. und führt aus, wie in den Fällen von Farbenblindheit die betreffenden Individuen durchaus ausser Stande sind, die Signale zu unterscheiden, wenn alle Nebenumstände wegfallen, die ihnen meistens dabei helfen. J. führt ferner aus, wie auch der Versuch, nur besonders gefärbte Gläser zu Signalen zu gebrauchen, zu verwerfen sei; man solle doch Signale für die 96% Farbensehenden nicht für die 4% Farbenblinden wählen.

Waehner (Kreuzburg).

---

292) **Povall:** Disorders of sleep. (The Therapeutic Gazette, Jan. 1882. p. 7.)

Verf. erwähnt kurz die Physiologie des Schlafes und verbreitet sich dann in ziemlich allgemeinen Phrasen über die Schlafstörungen, die er eintheilt in mentale (jede geistige Erregung steigert die Blutgefässcirculation im Gehirn), physische (beliebige Schmerzen, Hunger, Kälte, Krankheiten des Körpers und speciel des Gehirns), hygieinische (schlechte Schlafräume) und gewohnheitsmässige.

Voigt (Oeynhausen).

---

293) **Stocker:** Sea Sickness. (New-York. Medic. Journ. Febr. 1882).

Verf. setzt auseinander, dass die Seekrankheit eine Neurose ist, die von psychischen Ursachen abhängt und durch entsprechende psychische Einwirkung beseitigt werden kann (Beard rechnet sie bekanntlich zur Neurasthenie. Ref.)

Voigt (Oeynhausen).

---

294) Lyssophobia. (Chicago Medic. Rev. Feb. 15. 1882, p. 81.)

Die Review führt einen Fall aus Philadelphia an, wo der „nervöse“ Vater eines an Tollwuth sterbenden Kindes die Symptome dieser Erkrankung bis zum, allerdings durch den Willen zu unterdrückenden Laryngealspasmus zeigte, nachdem ihm Schaum von dem Munde jenes in's Auge gekommen war. Chloral beruhigte ihn. Eine vorher von ihm gebissene Tochter (hysterisch!) zeigte gleichfalls Symptome der Tollwuth. Derartige Fälle „falscher Lyssophobie“ sollen zu Zeiten, in denen eine Hundswuthpanik herrscht, nicht selten sein, ja sogar einen Theil der angeblich geheilten Fälle ächter Tollwuth ausmachen.

Voigt (Oeynhausen).

---

295) **Thomas Buzzard** (London): A case of symmetrical sciatica in a diabetic patient treatment by Salicylateof Soda. (Ein Fall von symmetrischer Ischias bei einem Diabeteskranken, Behandlung mit Natr. salicylic.) (The Lancet 1882. 25. II.)

Der kurzen Schilderung des Falles (Heilung zweier heftigen Anfälle von Ischias bei einer 68jährigen an Diabetes leidenden Dame) fügt Verf. noch einige Bemerkungen bei über das Vorkommen symmetrischer Ischias bei verschiedenen Krankheiten, über das Auftreten symmetrischer Neuralgien bei Diabetes und den Erfolg, welchen er von erwähntem Mittel sah. Karrer (Erlangen).

---

296) **O. Rosenbach** (Breslau): Ueber Innervationsstörungen im Gebiete des centralen Herzvagus. (Deutsch. Med. Wsch. 1882, Nr. 12. Sp. Ab.)

1. *Herzarhythmie bei Rückenlage.* Der 55 J. alte, früher gesunde Patient litt seit einigen Wochen vor der Aufnahme an Anfällen von *Präcordialangst* mit Kälte und Steifwerden der Hände, die namentlich Nachts im Bette, zuweilen auch beim Liegen auf dem Sopha eintraten. Beim Erheben in die sitzende Lage sollten die abnormen Sensationen verschwinden. Die Untersuchung ergab nur Arteriosclerose. Es zeigte sich nun, dass jedes Mal *bei Einnahme der Rückenlage Beängstigung* eintrat, wobei der sonst fast ganz regelmässige Puls exquisite *Arhythmie* und häufige Intermittenzen bei *geringer Frequenz* zeigte. Unter tonisirender Behandlung verloren sich die Anfälle und die abnormen Erscheinungen überhanpt im Verlaufe einiger Wochen.

R. stellt seine Beobachtung mit der Thatsache zusammen, dass der Puls im Stehen schneller ist als im Liegen. Indem im Liegen der Blutabfluss aus der Schädelhöhle erschwert wird, tritt eine relative Verarmung des in ihr circulirenden Blutes an O. und daher Zunahme der tonischen Erregung derjenigen Nervencentra ein, deren Innervation in gewisser Weise von der Blutbeschaffenheit abhängt, also vor Allem des Vaguscentrums. Für das Entstehen der Arhythmie neben der Verlangsamung müssen noch besondere individuelle Verhältnisse herangezogen werden, und betrachtet R. als solche auch die im vorliegenden Falle anzunehmenden sclerotischen Veränderungen der Hirngefässe.

2. *Ein Fall von vorübergehender Lähmung des centralen Vagus.* Der Fall betrifft einen 31jährigen Phthisiker, der nach vorausgegangenen Klagen über Schwindel und Kopfschmerzen in der Nacht plötzlich das Bewusstsein verlor und nun die deutlichen Erscheinungen einer Vaguslähmung — äusserst verlangsamte Respiration — 1 bis höchstens 2 Inspirationen in der Minute — und bedeutend beschleunigten Puls — bei Cyanose der Haut, verengten und reactionslosen Pupillen sowie aufgehobener Reflexerregbarkeit darbot. Künstliche Respiration beseitigte nach einiger Zeit die bedrohlichen Symptome, welche aber nach Aussetzung derselben wiederkehrten. Nachdem die künstliche Respiration $1^1/_2$ Stunden ununterbrochen unterhalten und dann sistirt worden, trat exquisites Cheyne-Stokes'sches Athmen auf. Reizung der Vagi am Halse vermochte nun die Pulsfrequenz, die allmälig auf 156 gesteigert war, auf 100 Schläge herabzusetzen, ohne dass das Ch.-St.'sche Phänomen beeinflusst wurde. Erst nach weiteren 2 Stunden wurde die Athmung regelmässig und das Sensorium völlig frei. Am nächsten Tage vollkommenes Wohlsein. 13 Tage später konnte Meningitis tuberculosa diagnosticirt werden, der Pat. nach 14 Tagen erlag. R. sieht den beschriebenen Anfall als eine gleichzeitige Lähmung des Athmungscentrums und des Vaguscentrums an. Er betont besonders die lebensrettende Wirkung der künstlichen Athmung. Vf. erwähnt ferner, dass er noch mehrfach bei anderen Individuen die in diesem Falle constatirte Wirkung der elektrischen Vagusreizung — Sinken der Pulsfrequenz und Abnahme der Arterienspannung beobachtet habe.

Dehn (Hamburg).

---

297) **C. E. Beevor** (London): On the condition of the knee-jerk, ankleclonus, and plantar reflex after epileptic fits in seventy cases; and on post-epileptic conjugate deviation of the eyes. (Ueber das Verhalten des Kniephänomens, des Fussklonus und Plantarreflexes nach epileptischen Anfällen, und über postepileptische conjugirte Deviation der Augen. (Brain, April 1882.)

Verf. hat an 70 Kranken die oben genannten Erscheinungen untersucht. Er unterscheidet 2 Gruppen von Beobachtungen: 1. solche, bei welchen der ganze Anfall, oder wenigstens noch das Ende des klonischen Stadiums beobachtet wurde; 2. solche, welche etwa 1—2 Minuten nach dem Anfall, aber immer noch vor beginnender Rückkehr des Bewusstseins gesehen wurden. Es wurden stets beide Unterextremitäten untersucht. Die erste Gruppe umfasst 43, die zweite 27 Fälle. Es ergab sich nun, dass in den 43 Fällen der ersten Gruppe 27 Mal, in den 27 Fällen der 2. Gruppe 11 Mal eine *Steigerung des Kniephänomens nebst Fussclonus* vorhanden war. In 13 Fällen beider Gruppen war das Kniephänomen herabgesetzt, während der Clonus fehlte, in 11 Fällen war keines dieser Phänomen zu constatiren. In 3 Fällen war bei herabgesetztem fehlendem Kniephänomen der Fussclonus vorhanden.

Der *Plantarreflex fehlte* in allen Fällen, die unmittelbar nach dem clonischen Stadium gesehen wurden, kehrte aber durchschnittlich nach 5 Minuten zurück und zwar schien die Wiederkehr des Plantarreflexes mit dem Verschwinden des Fussclonus zeitlich zusammenzufallen.

Während der anfallsfreien Perioden war gewöhnlich das Kniephänomen etwas gesteigert, aber niemals Fussclonus vorhanden.

Bezüglich der *conjugirten Deviation* der Augen und des Kopfes gibt Verf. Folgendes an:

Das tonische Stadium des epileptischen Anfalls wird fast ausnahmslos durch eine Rotation des Kopfes und der Augen nach *einer* Seite eingeleitet. Unmittelbar nach Beendigung des Anfalles rollen die Augen langsam nach der entgegengesetzten Seite und verbleiben daselbst $^1/_2$—2 Minuten, während die Stellung des Kopfes entweder unverändert bleibt oder derselbe sich einfach nach vorn dreht. In etwa der Hälfte der Fälle wurden die Augen nachdem die conjugirte Deviation $^1/_2$—2 Minuten angedauert hat, langsam mit parallelen Axen hin und hergerollt; dabei schienen sie auf der Seite, nach welcher sie zuerst abgewichen waren, etwas länger zu verweilen, als auf der anderen. Während dieser Zeit war häufig ein Oscilliren der Pupillen zu bemerken.

Verf. vergleicht diese vorübergehenden postepileptischen Erscheinungen: gesteigertes Kniephänomen, Fussclonus, Fehlen der oberflächlichen Reflexe und Deviation der Augen mit demselben Befunde bei frischen Hemiplegien. Er meint, dass die epileptische „Entladung“ (Hughlings Jackson) einen Zustand von *momentaner* Erschöpfung der Grosshirnhemisphären zurücklässt, welcher dem *bleibenden* Zustande nach Läsionen, die zu Hemiplegie führen, analog ist.

Pierson (Dresden).

---

298) **Saunders:** Four cases of genital reflex. (The Alienist und Neurologist. 1881. pag. 648.)

Vier Fälle von adhärentem Präputium, das reflektorisch Anfälle von Gastralgie auslöst. Sie betrafen Kinder von 3—5 Jahren und wurden nach Lösung des Präputium geheilt. Waehner (Kreuzburg).

---

299) **Mercièr:** The phenomena of convulsion. (Brain. 1881. pag. 323.)

M. unterscheidet bei einem Krampfanfall 10 Faktoren oder Componenten, nach denen sich Krämpfe verschiedener Art von einander differenziren: 1. die Qualität der Krämpfe (tonische, klonische), 2. die Art und den Ort des Beginns, 3. den Verlauf, 4. die daraus resultirende Stellung des afficirten Theils, 5. die Ausdehnung, 6. die Schnelligkeit, 7. die Höhe und die Intensität, 9. die Gewalt und 10. die Dauer. — M. bespricht diese einzelnen Componenten der Reihe nach.

Waehner (Kreuzburg).

---

300) **Yandell:** Epidemic convulsions. (Brain 1881 pg. 338.)

Y. bespricht unter diesem Titel jene eigenthümlichen, epidemisch auftretenden, mehr weniger schnell vorübergehenden Krampfzustände, die als Basis eine ausserordentliche religiöse Erregung haben und zur Bildung oft mächtiger aber wieder verschwindender Sekten führten. Verf. gibt eine historische Uebersicht über diese Epidemien und illustrirt ihre Eigenthümlichkeiten durch charakteristische Einzeldata.

Nach Y. sind diese krampfartigen Zustände als krankhafte Reflexthätigkeit aufzufassen und er sucht ihr Zustandekommen in dieser Weise (Pathologische Erregung und Irritabilität der Nervencentra, Aufhebung der Sensibilität) zu erklären. Waehner (Kreuzburg).

---

301) **Schuchardt:** Epileptiforme Anfälle bei Magenerkrankungen. (Vortrag geh. auf der Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Frankfurt a. M. 81. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 38, Heft 5—6.)

Verf. berichtet über 5 Fälle, wo im Verlaufe von chron. Magenerkrankungen ein oder mehrere *epileptiforme* Anfälle auftraten. 2 Derselben wurden von S. selbst, 3 von Kussmaul beobachtet. Die Krampferscheinungen traten ein nach Erbrechen oder nach einer Magenausspülung. Nach Besserung des Magenübels liessen sie nach. Verf. verweist die Anfälle in das Gebiet der *Reflexepilepsie.* Der Reflex wurde ausgelöst durch mechanische Reize (Erbrechen, Ausspülung) der bei chron. Magenübeln sehr erregbaren nervösen Organe der Schleimhaut.

Langreuter (Dalldorf).

---

302) **Draper:** Epilepsy from Probing. (Brit. Med. Journ. Jan. 24. 1882).

Verf. erzählt einen Fall, in welchem eine Frau während der Sondirung eines Thränennasenganges und durch dieselbe einen leichten epileptischen Anfall erlitt. Voigt (Oeynhausen).

---

303) **Stites** reicht bei *Bleilähmung* in benignen Fällen ein salinisches Abführmittel und Jodkalium, in den schweren (Hemiplegia und Paralysis saturnina) Ergotin und Jodkalium mit Nux vomica und Laudanum. Die Heilung, die sonst drei Monat in Anspruch nimmt, soll in einem Monat vollendet sein und Wirkung des Ergotin sein. (Lyon médical und Therapeutic Gazette.)

Rohden (Oeynhausen.)

---

304) **Stephens** (Grand Rapids, Michigan): Jamaica Dogwood. (The Therap. Gaz. Jan. 1882. p. 14.)

Dieses Mittel wird von St. als nicht verstopfend, Schmerz stillend und Schlaf machend (auch bei Irren) empfohlen, das zugleich die Verdauung anrege. Nähere Angaben fehlen. Voigt (Oeynhausen).

---

305) **Rogers**: Ergotin bei Nervenkrankheiten. (Medical Record.)

Ergotin und Bromide wirken nicht nur auf das Caliber der Blutgefässe, sondern auch direct auf die Nervensubstanz, deren Ueberreizungszustände vermindernd. Namentlich wirkt das Ergotin sicher bei activen und passiven Hirnhyperämien, acuten Manien, acuten Exacerbationen, chronischen Manien. Dauern betreffenden Falles die Delirien so lange, dass Schlaf geschafft werden muss, so empfiehlt sich Ergotin mit Chloralhydrat zu verbinden, da die Neigung des letztern, passive Hirnhyperämie zu setzen, durch das Ergotin paralysirt wird.

Voigt (Oeynhausen).

---

306) **Drummond**: The Bromides in Relation to Traveling. (British. Medic. Journ.)

Verf. empfielt nach dem Vorgange von Tilt auf längeren Eisenbahnreisen stets einige kleine Dosen Bromkali zu nehmen, wodurch bei Gesunden sowohl als Kranken die Folgen der Fahrt auf das Nervensystem (Erschöpfung desselben, Kopfschmerz) verhindert würden. Voigt (Oeynhausen).

---

307) **Atkinson**: A Remedy for Toothache. (Medical Press and Circular. Octbr. 19. 1881.)

A. empfiehlt gegen Zahnschmerz Watte, in Nitroglycerinlösung (1:100) getaucht, in den betreffenden Zahn zu bringen. (Voigt (Oeynhausen).

---

308) **Hammond**: Some of the Therapeutical Uses of Nitro-Glycerine. (Virginia Medic. Monthly, Octbr. 81.)

H. wendet Nitroglycerin bei der anämischen Form der Migräne an, nachdem er die Diagnose namentlich durch Augenspiegel (blasser Hintergrund!) und Carotidencompression (Vermehrung der Schmerzen!) sicher gestellt. Er gibt im Anfalle den 100. Theil eines Nitroglycerintropfens, den er eventuell nach 15 Minuten wiederholt; daneben lässt er bei regelmässig wiederkehrenden Anfällen einige Tage vorher ebenfalls $^1/_{100}$ Theil 2—3 mal nehmen. Ebenso empfiehlt er Nitroglycerin bei Epilepsie, falls diese nicht mit organischen Herzkrankheiten complicirt ist. (Daneben lässt er dauernd Bromkali gebrauchen). Er lässt täglich 3 mal $^1/_{100}$ Nitroglycerintropfen nehmen und steigert diese Dosis von Monat zu Monat. Endlich empfiehlt er es bei Kopfschmerz und Schwindel, sobald sie auf anämischer Basis beruhen.

Voigt (Oeynhausen.

---

309) **Salemi-Pace** (Palermo): 2 Fälle von Oikophobie. (Il Pisani 1881. 4—6. Heft.)

Die Oikophobie, welche Verf. der Agoraphobie, der Claustrophobie u. s. w. an die Seite gestellt wissen will, äussert sich darin, dass die Kranken nicht dazu zu bewegen sind, aus der Anstalt in ihre Fa-

milie zurückzukehren, und dass dieselben, falls man sie gegen ihren Willen in den häuslichen Kreis versetzt, in kurzer Zeit aufgeregt, unleidlich werden, eine bedeutende Verschlimmerung ihres Zustandes darbieten, und wieder in die Anstalt gebracht werden müssen, wo sie sich sehr bald beruhigen.

Die Oikophobie ist eine „wahre, typische Monomanie.“

Obersteiner (Wien).

---

310) **Gabr. Buccola** (Turin): I deliri sistematizzati primitivi. (Die primäre Verrücktheit.) (Riv. sperim. di freniatria 1882. 1. H.)

Verf. erläutert in einer klaren Darlegung die Entwicklung der Lehre von der primären Verrücktheit in Deutschland. — Schliesslich theilt er zwei hierhergehörige Fälle ausführlich mit, und weist an ihnen nach, dass diese Form von Psychose mit einer entschiedenen geistigen Abschwächung verbunden sei; er bedient sich zu diesem Behufe der vom Ref. angegebenen Methode, nämlich der Bestimmung der psychischen Reactionszeit. Insofern als dieselbe, besonders aber das Minimum der Reactionszeit, bedeutend höher ausfällt, als bei geistig ungeschwächten Personen ist er wohl berechtigt einen psychischen Schwächezustand anzunehmen. Obersteiner (Wien).

---

311) **C. H. Hughes** (St. Louis): Moral (affective) Insanity. A plea for its retention in medical nomenclature. (Das moralische (affective) Irresein. Ein Wort für seine Beibehaltung in der medicinischen Nomenclatur.) pag. 14. 8⁰.

Verf. bekämpft in dieser auf dem internationalen med. Congress in London vorgelegten Schrift insbesondere den Widerspruch, welcher von einseitig unitarischem Standpunkte aus gegen die Annahme eines affectiven Irreseins ohne besondere Betheiligung der Intelligenz geäussert wird. Nebstdem werden auch diejenigen Gegner zurückgewiesen, welche aus moralischen Bedenken der Wissenschaft Zwang anthun wollen. Karrer (Erlangen).

III. Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 8. Mai 1882.

312) **Moeli:** *Bemerkungen zur Untersuchung der Pupillen-Reaktion.* Viel weniger als auf Lichteinfall ist die Reflexerregbarkeit der Pupille auf sensible Reize untersucht worden. Ob die Veränderung durch Nervenreiz oder durch Blutfülle der Iris zu Stande kommt, ist zu entscheiden. Westphahl hat nachgewiesn, dass in der Chloroform-Narkose Hautreize die Pupille erweitern. Berger sah auf Kitzel Erweiterung eintreten; Sander im Schlaf auf sensible Reize. Es fragt sich, ob bei allen Menschen auf sensible Reize Dilatation eintritt. Erb bejaht diese Frage. Die Untersuchung ergibt gewisse

Schwierigkeiten. So verengert sich die Pupille beim Zukneifen der Augen, bei Aenderung der Kopfstellung, Verzerren des Gesichts, etc.; auch muss man darauf achten, dass die Lichtquelle stets dieselbe Richtung behält. — Bei jugendlichen Individuen findet die Dilatation ausnahmslos statt. In gewissen Gegenden Deutschlands benutzen Kinder diese Thatsache zu einem Spiel. Bei älteren Personen ist es nicht immer der Fall und zwar schon in einem Alter unter 30 Jahren. Die Dilatation fehlt oft bei Neuropathischen. Andrerseits ist sie oft noch bei alten Leuten vorhanden. Bei Frauen genügt oft schon das Ueberstreichen der Wangen mit einem Bleistift. Die sensiblen Reize wurden im M.'s Versuchen stets durch elektrische Ströme von bestimmter Stärke erzeugt. Untersucht wurden 28 paralytische Männer und 24 paralytische Frauen. Die Dilatation fehlte bei diesen Männern häufiger als bei nicht Geisteskranken. Es ergaben sich 3 Rubriken: 18 Kranke mit guter, 16 mit mässiger, die übrigen mit schlechter Reaction. In der ersten Kategorie hatten 78% gleichzeitig und gleichmässig eine gute Dilatation auf Lichtreiz, und auf sensiblen Reiz; bei Frauen war diese Uebereinstimmung stets vorhanden, auch in der 2. Kategorie mit mässiger Reaktion; in der 3. Kategorie hatten dagegen nur 30% Dilatation auf sensible Reize. Bei Frauen war auch hier das Verhältniss etwas günstiger. — Das Kniephänomen fehlte bei 20% der Untersuchten. Bei Männern mit fehlendem Kniephänomen fehlte auch häufiger Dilatation als bei Frauen. Daraus folgt, dass da, wo der Lendentheil des Rückenmarks erkrankt ist, häufig krankhafte Aenderung in der Pupilleninervation getroffen wird.

Erb sagt, dass bei Tabischen mit Lichtstarre auch keine Dilatation auf sensible Reize eintrete. Dies ist nach M.'s Versuchen nicht der Fall. Rieger und Andere nehmen an, dass Aufhebung der sensiblen Faserleitung durch die Erkrankung der Hinterstränge stattfinde. Bei Neuritis N. opt. ist Dilatation auf sensible Reize vorhanden. Bei nicht paralytischen Geisteskranken meist gute Dilatation, auch bei Epileptischen. In den epileptischen Anfällen tritt Dilatation ein, sobald die Pupillen anfangen auf Licht zu reagiren. — Interessant ist der Fall eines syphilitischen Mannes mit Anfällen von Coma, während deren beide Arten von Pupillenreaktion gänzlich fehlten und die rechte Pupille weiter als die linke war, während nach Verschwinden des Comas die Reaktion eintrat. Dies Phänomen wiederholte sich mehrmals. Bei der Section fand sich stärkeres Oedem der rechten Hemisphäre und ein Gumma im rechten Linsenkern. — Schiff will experimentell gefunden haben, dass die Dilatation auf sensible Reize bei Thieren nach Abtragung der Grosshirnhemisphären ausbleibt. — M. meint, dass richtige Schlüsse aus dem oben erwähnten Falle nicht zu machen sind.

An den Vortrag knüpft sich eine kurze Discussion, an welcher sich Sander, Binswanger und Reinhard betheiligten.

313) **Mendel:** *Graue Degeneration im Bindearm.*

Der Vater des Patienten ist in Folge von Schlagfluss im 78. Jahr an Hirnerweichung gestorben. Sonst war Pat. nicht belastet; gut ver-

anlagt; Jurist, Potator; im 28. Jahre syphilitisch inficirt. 1878 bekam Pat. plötzlich einen Anfall, in welchem er Alles nur halb sah. Am nächsten Morgen war er rechts gelähmt und aphasisch, und es stellte sich Schwächung der Intelligenz ein. Die Lähmung blieb. Pat. musste in eine Anstalt gebracht werden. Hier zeigte sich noch Insufficienz der Aorta. 1879 wiederholte sich der Anfall. Die Lähmung nahm zu, die Intelligenz ab; es stellte sich eine 3 Tage anhaltende Hemianopsie ein. 1881 erfolgte der Tod. Der Sektionsbefund ergab Leptomeningitis, Atrophie der linken Hemisphäre und einen erbsengrossen Herd im Pulvimar des linken Sehhügels, der eine härtliche Rinde und einen hellbräunlichen Inhalt hatte. Die Arterien an der Hirnbasis waren atheromatös. In der Rinde des Stirnhirns capilläre Thrombosen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich auf succesiven Schnitten eine graue Degeneration des von dem gefundenen Herde nach der entgegengesetzten Kleinhirnhemisphäre verlaufenden Bindearms und zwar markirte sich die durch stärkere Carminfärbung ausgezeichnete Veränderung desselben zwischen Herd und Kreuzungspunkt der beidseitigen Bindearme fast nur im medianen Theil des afficirten Bindearms, während nach der Kreuzung vorzugsweise die äussere Partie desselben betheiligt war. In wie weit dieser Befund ein Licht auf die Anschauungen vom Verlauf der Bindearme, von ihrer Kreuzung und ihrer physiologischen Bedeutung wirft, deutete der Vortragende nur hypothetisch an. Der Vortrag wurde durch eine wohlgelungene Demonstration zahlreicher mikroskopischer Präparate (mittelst des Drummond'schen Kalklichts auf ausgespanntes Seidenpapier) wesentlich unterstützt.

Eine eigentliche Discussion fand nicht statt.

Reinhard (Dalldorf).

II. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Mai 1882.

314) **Zülzer:** Stoffwechsel der Nerven.

Z. ist durch seine Stoffwechseluntersuchungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass bei der Einbringung von Giften in den Organismus sich wesentliche anatomische Alterationen in der Zusammensetzung des centralen Nervensystems einstellen müssen. Darauf hin hat er in Gemeinschaft mit Dr. Ludwig Loewe an Kaninchen und Hunden mit Chloroform, Morphium und Strychnin Versuche angestellt. Besondere positive Befunde geben einerseits die mit Strychnin, andrerseits die mit Morphium vergifteten Thiere. Bei letzteren zeigt die weisse Rückenmarkssubstanz (besonders im Hals- und Lendentheil) eine hyaline Verfärbung der Randzone, die so charakteristisch ist, dass man schon makroskopisch ohne chemische Untersuchung rein aus dem Rückenmarksbefunde die Diagnose auf Vergiftung mit Narcoticis stellen kann. Der Befund dieser Zone ist insofern bemerkenswerth, als Untersuchungen am Embryo ergeben haben, dass in gewissen Stadien des foetalen Lebens eine solche Zone gleichfalls zu beobachten ist

(Vergl. Loewe: Entwickelung des centralen Nervensystems). Ausserdem zeigen die Morphiumpräparate einen mässig erweiterten Centralkanal ohne Texturveränderungen in der Umgebung.

Die Strychninpräparate zeigen makroskopisch auch eine geringfügige, nicht so ausgesprochene Verfärbung der Randzone; mikroskopisch zeichnen sie sich dagegen dadurch aus, dass diese Randzone sich durch einen dunkelgelben (Chromsäurepräparat) sehr auffallenden Strich von der übrigen weissen Substanz absetzt.

Wenn man Schnitte von Morphin- und Strychninpräparaten, die sonst ganz gleich behandelt sind, in eine und dieselbe Lösung von Carmin thut, so färben sich die Morphiumpräparate auffallend leicht, die Strychninpräparate auffallend schwer. — Auch an den Ganglienzellen der Vorderhörner will Vortragender gewisse Unterschiede beobachtet haben, bei den mit M. vergifteten Thieren soll die Granulirung deutlicher ausgesprochen sein als bei den mit Strychnin vergifteten. — Die an 11 Thieren angestellten Untersuchungen haben ziemlich übereinstimmende Befunde ergeben.

Die mikroskopischen Präparate wurden in der Versammlung demonstrirt. Eine Discussion schloss sich an diesen Vortrag nicht an.

Rabow (Berlin).

IV. Neueste Literatur.

73. Flechsig: Die körperl. Grundlagen der Geistesstörungen. Leipzig, Veit u. Comp. pag. 36. M. 1.20.
74. Nesser, L'homme et l'animal devant la méthode experimentale. Paris, Dentu. 43 pag. 1 frc.
75. Rehlen: Statist. Mittheilungen über 35 Fälle von Tabes dors. Inaug. Diss. München.
76. Billod: Des maladies mentales et nerveuses. Pathologie, médecine légale, administration des asiles d'aliénés etc. Deux vol. 8⁰ à 550 pag.
77. Burkart: Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica (Dyspepsia nervosa) Bonn, Cohen & Sohn. 52 pag.
78. Bardet: De l'Exposition de l'electricité au point de vue médical et thérapeutique. Paris 8⁰. 65 pag. 41 fig. frcs. 2½.
79. Moreaux: Marche de la paralysie générale chez les acooliques. 8⁰. 91 pag. Ebendas.
80. Stricker: Studien über die Bewegungsvorstellungen. Wien, Braumüller. pag. 72. M. 2.40.
81. v. Krafft-Ebing: Grundzüge der Criminalpsychologie. Für Juristen. II. Aufl. Stuttgart, Enke. 180 pag. M. 4.
82. Hartwich: Woran wir leiden? II. Aufl. Düsseldorf, Voss. pag. 48. M. 0,75.
83. Heller: Simulationen und ihre Behandlung. Fürstenwalde, Geelhaas. pag. 180. M. 3
84 Burkart: Weitere Beiträge zur chron. Morphiumvergiftung und deren Behandlung. Bonn, Cohen & Sohn. 14 pag.

Thèses de Paris vom 1. Mai bis 10. Juni.

85. Bernard: Contribution à l'étude du goître exophthalmique, Pathogénie Traitement.
86. Dive: De la paralysie infantile et de son traitement par l'électricité.
87. Billet, Du mal vetébral.
88. Huc: Essai sur les tumeurs du nerf optique.
89. Jacquet: De quelques accidents produits par l'abus de la morphine.
90. Nakachian: Maladie de Menière.
91. Stroici: Des Fractures spontanées chez les ataxiques.

Thèses de la faculté de méd. à Lille.

92. Alexandre: Contribution à l'étude de la coxalgie etc.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Burghölzli (Zürich), Assistenzarzt, 20. Juni 1000—1500 frcs.. fr. Stat. 2) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Assistenzarzt, August oder September; 1200 Mark, freie Station, Reisevergütung. 3) Owinsk, a) 1. Assistenzarzt, b) 2 Volontairärzte. 4) Marsberg (Westphalen) a) Volontairarzt, sofort, 600 M. fr. Station. b) Assistenzarzt, 1200 M., fr. Station. 5) Dalldorf bei Berlin, Volontairarzt, baldigst, 600 M., freie Station. 6) Die Kreisphysicate: Loetzen (Gumbinnen), Ost-Priegnitz (Potsdam), Wreschen (Posen).

Besetzte Stellen. Hildesheim, Assistenzarzt Herr Dr. Backenköhler.

Ernannt. Dr. Mittenzweig in Duisburg zum Physikus des Kreises Mülheim. Dr. Jähncke zum Phys. des Kreises Templin, Dr. Remmetz in Sonsbeck zum Phys. des Kreises Daun.

Todesfälle. Professor Dr. Fritz Siebert, Director der Irrenanstalt in Jena. Kreisphysicus, Dr. Mahlke in Lötzen. Reg.- und Medc.-Rath Dr. Fürth in Arnsberg.

Ehrenbezeugung. Dr. Stahmann, Kreisphys. zu Weisenfels erhielt den Titel Sanitätsrath, Prof. Leyden in Berlin den rothen Adler-Orden III., Kreisphys. Sanitätsrath Dr. Müller in Minden denselben IV.

An die Herren Autoren.

Auf verschiedene Anfragen über Honorar, Separatabzüge und dergl. gestatten wir uns folgendes zu bemerken. Ein Druckbogen Originalaufsatz wird mit M. 60 honorirt; ausserdem erhält der Autor 10 Frei-Exemplare derjenigen Nummer, welche seinen Aufsatz enthält. Dieses Honorar wird semesterweise von uns gezahlt. Separatabdrücke liefern wir nicht, und ist der Bezug derselben ein privates Abkommen zwischen dem Autor und der Druckerei. Die Kosten der Sep.-Abdr. sind daher auch direct an diese zu zahlen und haben mit dem Verlag und der Redaction des Blattes keinerlei Beziehung.

Die Verlagsbuchhandlung von GEORG BÖHME in Leipzig

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. Juli 1882. Nro. 13.

INHALT.

I. Referate.

315) **Ziemssen** (München): Studien über die Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen sowie über die mechanische und elektrische Er-

regbarkeit des Herzens und des Nervus phrenicus. (Archiv f. klinische Medicin Bd. XXX.)

Catharina Serafin wurde im J. 1878 auf der Breslauer Klinik von einem umfangreichen Enchondrom der vordern Brustwand linkerseits befreit auf operativem Wege. In Folge der nothwendig gewordenen Resection der 3. bis 6. Rippe hatte sich ein Defect gebildet, welcher eine genaue Untersuchung des freiliegenden Herzens gestattete.

Was die elektrische Reizung des N. phrenicus betrifft, so bewirkte faradische Reizung (in minimo 7,5 Cm. Rollenabstand) Contraction der entsprechenden Zwerchfellshälfte, das Herz wird durch die Abflachung des Zwerchfells nach abwärts und aussen gezogen und verharrt in dieser Stellung solange der Zwerchfellstetanus dauert. Schmerzempfindung war nicht vorhanden. Rücksichtlich der galvanischen Reizung ergab sich die gleiche Zuckungsformel wie bei den übrigen motorischen und gemischten Nerven. Was das Verhalten des Herzens selbst zunächst gegen den Inductionsstrom betrifft, so wird weder Frequenz noch Rhythmus der Schlagfolge auch bei grossen Stromstärken in irgend einer Weise beeinflusst. Durch den galvanischen Reiz kann der normale Herzrhytmus durch Commutation in eine willkürliche höhere Frequenz verwandelt werden, ein *constant* fliessender Strom, wenn derselbe auf bestimmte Punkte der Ventrikeloberfläche einwirkt, hat eine Beschleunigung der Schlagfolge um das Zwei- bis Dreifache des Normalen zur Folge, welche mit dem Oeffnen der Kette prompt in die normale Frequenz umschlägt. Mit Rücksicht auf die Versuchsanordnung erscheint es wahrscheinlich, dass eine anhaltende Reizung der Ganglien statt findet und die letzteren dann mit dem ihnen zukommenden Erregungsausdruck d. h. Beschleunigung der Herzthätigkeit in regelmässigem Rhythmus reagiren.

Durch starken galvanischen Reiz mittelst Wechselströme kann man die Frequenz der Herzcontractionen bis zu einem gewissen Grade unter das Normale reduciren, doch gestaltet sich die Curve der Herzcontraction dann sehr unregelmässig.

Weitere Versuche an der unverletzten Brustwand des lebenden Menschen führten zu dem für die Therapie zweifelsohne wichtigen Resultate, dass man durch die unverletzte Brustwand Stromschleifen von genügender Reizstärke auf das Herz leiten und durch dieselben Modificationen an dem Rhythmus und der Energie der jeweiligen Herzcontractionen hervorrufen kann. Eickholt (Grafenberg).

---

316) **Eulenburg** (Greifswald): Ueber Zeitmessung und graphische Darstellung der Sehnenreflexe. (Zeitschrift f. klin. Medicin IV. Bd.)

Die von E. verwerthete graphische Methode um die Dauer und Stärke der reflectorischen Muskelzuckungen selbst und die Dauer der Latenzperiode zur Anschauung zu bringen, ist die der *Zeichnung* auf *schwingender Stimmgabelplatte*. Die *Dauer* der *Latenzperiode* war bei acht Individuen ziemlich übereinstimmend, sie betrug 0,01613—0,03226 Secunden, (Mittel 0,0242 Sec.) Diese Zahl stimmt mit dem von ver-

schiedenen Forschern gefundenen Durchschnittswerthe der Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Reizes in der Nervenfaser überein, zugleich erscheint es wahrscheinlich, dass unter normalen Verhältnissen in der grauen Substanz des Rückenmarks beträchtliche Hemmungen für das Zustandekommen des Reflexes nicht vorhanden sein können.

Bei Kindern sind die für die Dauer der Latenzperiode gefundenen Werthe absolut und relativ etwas erhöht. In Fällen wo die Sehnenreflexe abnorm verstärkt sind, kann die Dauer der latenten Reizung herabgesetzt sein. Die *Dauer* einer *Muskelzuckung* — von gewissen Versuchsbedingungen abhängig — beträgt 0,9768—0,20959 Secunden; in pathologischen Fällen, bei abnormer Verstärkung der Sehnenreflexe ist sie erhöht. Eickholt (Grafenberg).

---

317) **C. v. Monakow** (St. Pirminsberg, Schweiz): Mittheilungen über durch Exstirpation circumscripter Hirnrindenregionen bedingte Entwicklungshemmungen des Kaninchengehirns. (Arch. f. Psych. XII. 1. S. 141. und XII. 3. S. 535.)

Die Resultate einer Reihe von Experimenten, die in zwei Arbeiten niedergelegt sind, fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Nach Exstirpation umschriebener Rindenregionen beim neugebornen Kaninchen gehen die von letzteren abhängigen Bahnen isolirt zu Grunde und zwar ohne Rücksicht auf ihre physiologische Bedeutung.
2. Mit je einer Rindenzone steht immer mehr als *eine* Bahn in genauer Beziehung.
3. Die einzelnen Kerne des Thalamus opticus, sowie die corpora geniculata externa und interna stehen je in genauem Zusammenhang mit umschriebenen Hirnrindenfeldern.
4. Die Corpora geniculata ext. und int. sind analoge Gebilde wie die Kerne des Sehhügels und sollten zu letzterem gerechnet werden.

Langreuter (Dalldorf).

---

318) **Fürstner** (Heidelberg): Weitere Mittheilung über den Einfluss einseitiger Bulbuszerstörung auf die Entwicklung der Hirnhemisphären. (Arch. f. Psych. XII. 3. p. 611.)

Gestützt auf 15 Versuche kann Verf. die Versuchsresultate Munks nicht bestätigen: Dass nämlich bei einseitiger Bulbuszerstörung an der gekreuzten Seite die sog. Sehsphäre (im Hinterhauptslappen) in der Entwicklung zurückbliebe, dagegen der Schläfenlappen compensatorisch abnorm stark ausgebildet würde. Die Versuchsthiere Fürstners waren 4—6 Monat alte Hunde denen wenige Tage nach der Geburt *ein* vorderes Bulbusdrittel zerstört worden war.

Bei der Section „fanden sich die bekannten Veränderungen: Atrophie des Opticus, in geringerem Grade des gekreuzten Tractus, eine allerdings nicht sehr bedeutende Verkleinerung des vorderen zugehörigen Vierhügels, *aber in keinem Falle bestand eine Atrophie der gekreuzten sog. Sehsphäre,* noch eine stärkere Entwicklung des betreff. Schläfenlappens.“ Dagegen erschien in 10 Fällen auf der gekreuzten

Seite der ganze Hemisphärenabschnitt kleiner, der durch die I. und II. Windung gebildet wird von der Spitze des Hinterlappens bis zur Uebergangsstelle der medianen (zweiten) Windung in den gyrus postfrontalis, 4 Mal war aber auch diese Differenz nicht nachzuweisen, und in einem Fall war gar diese Parthie auf der Seite der Läsion verschmälert. Verf. ist desshalb mit Gudden der Ansicht, dass es durch Anwendung der genannten Methode nicht möglich sei, einen Zusammenhang zwischen Hirnrinde und Retina makroscopisch darzustellen.

Langreuter (Dalldorf).

---

319) **F. Greiff** (Heidelberg): Ueber Rückenmarkssyphilis. (Arch. f. Psych. XII. 3 p. 564.)

Verf. referirt zunächst kurz über 13 gut beobachtete Fälle von Rückenmarkssyphilis, in denen der anatomische Character der patholog. Veränderung grosse Verschiedenheiten aufweisst. Man fand theils Erweichungsherde, theils diffuse Veränderungen. In den meisten Fällen war die von Heubner beschriebene Arteriitis vorhanden.

In der Greiff'schen Beobachtung handelte es sich um eine 43jährige Patientin, die zur Zeit ihrer Verheirathung vor 12 Jahren höchst wahrscheinlich luetisch war („Geschwüre und Ausschlag an den Genitalien.") 13 Partus. Nur ein Kind ist am Leben und angeblich gesund, die übrigen starben, meistens in den ersten Lebenswochen. Von März 1880 an psychopathische Symptome mit dem Character ängstlicher Erregung. Quoad Rückenmark war das klinische Krankheitsbild wenig ausgesprochen. Deutlich nachweissbar war nur eine allmälig sich steigernde Schwäche der unteren Extremitäten. Schmerzempfindung und Reflexthätigkeit intact. (Tastsinn zweifelhaft.) Keine Störung der Blasen- und Mastdarm-Funktionen. Auffallend waren die Störungen der Eigenwärme: Ohne äussere Ursachen bestand eine ca. 14 Tage dauernde (trotz aller Excitantien) Temperaturerniedrigung bis auf 30° C. und zwar theils $1^1/_2$ Monate vor dem Exitus letalis, theils einige Tage vor dem Eintritt des letzteren (2. März 81).

Section: Das Gehirn zeigt Veränderungen im Allg. denen bei Paralyse ähnlich (nur keine Granulation auf dem Ependym). Die mikroscopische Untersuchung der Arterien ergab das Vorhandensein der von Heubner beschriebenen Erkrankung: buckelige Neubildungen auf der Intima, die selbst bis zur Obliteration des Lumens führten, bestehend aus spindelförmigen Zellen mit stark hervortretenden Kernen. Die Venen zeigten nichts Auffallendes. Im Pons findet sich linkerseits eine ca. Erbsengrosse, gelbliche, weichere Stelle; rechts eine ebensolche, aber kleinere Stelle.

Die Untersuchung des Rückenmarkes ergab: eine ausgebreitete, theils beginnende, theils schon ziemlich vorgeschrittene *Entzündung der Pia*, sodann eine ausgesprochene *Erkrankung der Arterien und Venen.* Die Erkrankung der Arterien hatte ganz den von Heubner geschilderten Character: Die Einengung des Lumens geschah durch ungleichmässige Hervorwucherung der *Intima.* Dagegen waren bei dem pathologischen Prozess in den Venen die *Häute derselben in gleichem Maase*

betheiligt, „sodass das Gefäss ganz concentrisch bis zur vollständigen Obliteration eingeengt wird." In der am meisten ergriffenen Parthie bestand die Wandung schliesslich aus einem durch wellige Faserzüge zusammengesetzten Gewebe, mit Rundzellen mässig infiltrirt. Fernerer Befund: Quellung und Hyperplasie des interstitiellen Gewebes mit entzündlicher Exsudation um die Gefässe. *Mässige Beeinträchtigung der nervösen Elemente.*

Der letztere Umstand war Grund der geringgradigen klinischen Erscheinungen von Seiten des Rückenmarks intra vitam. Verf. hält die *Veränderungen an der Rückenmarkssubstanz* als im Ganzen für *secundär.*

Dagegen nimmt er in Uebereinstimmung mit Julliard*) an, dass die *obliterirende Arteriitis* eine *specifische Gefässerkrankung* sei, und glaubt *dasselbe* von der von ihm zuerst beobachteten obliterirenden *Phlebitis.*

Als Ursache der abnormen Temperaturverhältnisse werden die Herde im Pons angesehen. Langreuter (Dalldorf).

---

320) **Oscar Brückner** (Halle a. S.): Ueber multiple, tuberöse Sklerose der Hirnrinde. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Idiotie. (Arch. f. Psych. XII. 3 p. 550.)

Es handelt sich um einen im Breslauer Allerheiligen-Hospital beobachteten Fall von Idiotie, complicirt mit Epilepsie.

Das 22jährige Mädchen ging an Tuberculose zu Grunde. Die Section ergab: tuberöse, hypertrophische Sclerose eines grossen Theils der grauen Hirnrinde. Die sclerosirten Parthien waren theils Knoten, bis zu Haselnuss-Grösse, theils flache Gebilde bis zu 2 Mark-Stück-Grösse. Ferner war die Oberfläche beider Streifen- und Seh-Hügel mit zahlreichen weisslichen durchscheinenden Knötchen bis Bohnen-Grösse besetzt, die theils polypenartig gestielt aufsassen.

Der erwähnte Befund ist ein höchst seltenes anatomisches Substrat der Idiotie. Die zugleich vorhandene Epilepsie wäre nach dem Vorgange von Hughlings Jackson, Hitzig, Charcot als Rindenepilepsie zu bezeichnen. Verf. citirt einen ganz ähnlichen Fall Bournevilles: „Sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales" veröffentlicht in Arch. de Neurologie. Nro. 1 p. 81. (Als dahin gehörig ist ebenfalls zu bezeichnen die von Polläck (Grosswardein) beobachtete „Congenitale multiple Herdsclerose des Central-Nervensystems" (Arch. f. Psych. XII, referirt in 4. Jahrg. Nro. 24 d. Centralbl.) Allerdings war in diesem Falle auch partieller Balkenmangel vorhanden. Ref.)

Langreuter (Dalldorf).

---

321) **Heubner** (Leipzig): Drei Fälle von Tuberkelgeschwülsten im Mittel- und Nachhirn. (Arch. f. Psych. XII. 3 p. 586.)

Fall 1. Grosser Tuberkel in der linken Hälfte des verlängerten Marks bei einem einjährigen Kinde. Einziger Herd. Die l. Hälfte

*) Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis 1879.

war in toto in Mitleidenschaft gezogen d. h. successive in verschiedenen Höhen war jede Parthie des halben Medullaquerschnitts betheiligt. Trotzdem war intra vitam die einzige Lähmung im *rechten* Facialisgebiet. Entweder muss also die rechte (erhaltene) Hälfte besonders viele sich nicht kreuzende Fasern enthalten haben, oder die fast ganz zerstörte Hälfte muss noch einen Rest von leitenden Bahnen geführt haben.

Dagegen waren an Reizungserscheinungen vorhanden: „Convulsionen“ die aber mehr in kurzzeitig auftretenden tonischen Spannungen bestanden; ferner Rollbewegungen der Augen, Nystagmus, Zwangsbewegungen der Nackenmuskulatur. Weil die Affection *halbseitig* war, die Krämpfe dagegen *beiderseitig*, nimmt Vf. an, dass es sich in diesem Falle *nicht* um eine einfache centrifugale Reizung von der zerstörten Parthie aus handelte, sondern um *reflectorische centrale Reizung*. Und zwar soll die Leitung dieser Reizung centralwärts auf dem Wege der *Fortsetzung der Haubenbahn*, die nach Flechsig überwiegend centripetale Fasern führt, erfolgt sein. Wie die beigegebenen Abbildungen zeigen, waren gerade diese Parthien in ausgedehnter Weise von dem Tuberkel afficirt.

Fall 2. Betrifft mehrere scharf umschriebene kleinere Tuberkel in den Vierhügeln, in der Brücke, in der Med. oblong., im Kleinhirn. Tuberculöse Meningitis längs der Fossae Sylvii. Mässiger Hydrocephalus bei einem ½jährigen Kinde.

Die Beziehung der intra vitam beobachteten Symptome: Strabismus, Muskelzuckungen, umschriebene Hautröthung, Nackenstarre, Drehen des Kopfes etc. — zu den post mortem gefundenen Herden genau zu erörtern (wie in der Originalarbeit geschehen) würde für ein Referat zu weit führen. —

Fall 3. Je ein solitärer Tuberkel im Oberwurm des Kleinhirns und unter dem rechten hinteren Vierhügel. Tuberculöse Meningitis mit mässigem Hydrocephalus. Knabe von 2½ Jahren. Klinische Erscheinungen der zeitlichen Aufeinanderfolge nach: Zähneknirschen, Erbrechen, Zahnschmerz im rechten Oberkiefer, Convulsionen, irregulärer Puls, Anfälle von plötzlichem Starrwerden beider Augen, fliegende Gesichtsröthe, linksseitiger Strabismus internus, Delirien. Motilität der Extremitäten blieb immer erhalten, ebenso Pupillenreaction.

Langreuter (Dalldorf).

---

322) **Fürstner** und **Zacher:** Ueber eine eigenthümliche Bildungsanomalie des Hirns und Rückenmarks. Secundäre Erkrankung beider Organe. (Arch. f. Psych. XII. 2 p. 373)

Ein 50 jähriger Arbeiter starb an Dementia paralyt. nachdem er ca. 13 Monate auf der Heidelberger Klinik gewesen. Der Beginn der Erkrankung wurde auf die Beschäftigung des Pat. beim Brückenbau (kurz vor der Aufnahme) zurückdatirt. Während verschiedener paralytischer Anfälle wurden *rechts*seitige Convulsionen, *links*seitige Paresen beobachtet. Ausserdem Sprachstörungen. — Die Section ergab

eine Bildungsanomalie der *linken* Groshirnhemisphäre: Vorderlappen stark verschmächtigt, die Lücke wird durch seröse Flüssigkeit zwischen Dura und Pia ausgefüllt. Die Fossa Sylvii ist in einen breiten Spalt verwandelt. Besonders reducirt sind die III linke Stirnwindung und das linke Operculum. Verf. hält die Missbildung für eine offenbar congenitale. Damit stimmt die klinische Thatsache überein, dass der Pat. von Jugend auf *links*händig, also höchstwahrscheinlich auch ein „*rechtshirniger*„ Sprecher war. — Das Rückenmark ist normal bis zum untersten Rücken- und obersten Lenden-Theil, wo es in der Ausdehnung von 4—5 Ctm. verdickt ist. Im Lendentheile verschmächtigt sich das Rückenmark und macht an seiner rechten Seite einem neuen Marke Platz, das — allmählig beginnend — in der Gegend des 4. Lumbalnerven vollendet ist, an welcher Stelle das obere Rückenmark vollkommen verschwindet. Beide Organe sind durch eine nervöse Zwischenschicht getrennt. Die Zeichnung des Querschnittes ist in der Originalarbeit genau beschrieben und durch Zeichnungen erläutert.

Abgesehen von diesen Bildungsanomalien fanden sich als pathologische Veränderungen: Myelitis in der Peripherie der Vorder- und Seiten-Stränge des Hals- und Brusttheils; ferner durch *beide* Rückenmarke graue Degeneration der Hinter- und Pyramiden-Seitenstränge.

Langreuter (Dalldorf).

---

323) **Dana**: Cases of pachymeningitis, cerebral and spinal, with records of post mortem. (The Journal of nerv. and ment. disease 1882. pag. 58)

Von den fünf mitgetheilten Fällen cerebraler oder spinaler Pachymeningitis bietet der erste (ohne Sectionsbefund) ein rein klinisches, die andern durch den beigefügten Sectionsbefund ein mehr pathologisches und physiologisches Interesse. Der erste Fall („hypertrophische Cerebral-Meningitis") betrifft einen 40jährigen Mann, der 16 Jahre vorher durch ein Stückchen Eisen eine Augenaffection davongetragen hatte, 3 Jahre darauf syphilitisch inficirt, 6 Jahre vor der Erkrankung endlich mit einem eisernen Fensterrahmen 50 Fuss hoch herabgestürzt war. Von diesem Falle hatte Pat. Kreuzschmerzen, leichte Blasenschwäche und Obstipation behalten. Sieben Monate vor der Beobachtung verlor Pat. die Endphalangen des linken Mittel- und Ringfingers. Die Krankheit setzte mit einem Gefühl von Starrheit in den verstümmelten Fingern ein, das sich allmählig auf die übrigen Finger derselben Hand, den Arm und die Schulter ausdehnten; jenes Gefühl war von Zittern und zunehmender Schwäche begleitet. Allmählig wurden alle Extremitäten der Art afficirt, dann zunehmende Starre, Anaesthesie, Paralyse und Schmerzen der Extremitäten. Im Laufe der nächsten vier Jahre besserten sich alle Erscheinungen so, dass Pat. ein wenig umhergehen konnte; es blieben: Obstipation, Schwäche der Blase, Atrophie der deltoid., allgemeine Atrophie des l. Armes, geringere des rechten, erhebliche Schwäche der l. Hand, Stellung derselben à la main en griffe, Anästhesie des l. Arms, Parästhesie in beiden oberen Extremitäten, Tremor bei activen Bewegungen des l. Arms, ähnliche aber geringere Veränderungen

der unteren Extremitäten; die faradische Erregbarkeit ist am linken Arm und an beiden Beinen erloschen.

In dem zweiten mitgetheilten Falle fand sich bei einem 35 jährigen Former, der starken Hitzegraden ausgesetzt und einer Pneumonie erlegen war, eine chronische hämorrhagische Pachymeningitis mit Sclerose der Rinde und granul. Ependymit., ohne dass bei Lebzeiten entsprechende Symptome vorhanden gewesen wären.

In Fall III und IV bestanden bei Pachymeningitis epileptische Anfälle; in Fall IV ausserdem Erscheinungen von Hirndruck. In Fall V kamen nur letztere zur Beobachtung. Waehner (Kreuzburg).

---

324) **Wood**: A case of subacut difused cortical cerebritis. (The Journ. of nerv. and ment. disease. 1882. pag. 126.)

Der 58 jährige Pat. erkrankte nach Radicaloperation einer doppelten Hydrocele plötzlich m't Parästhesie, dann Hyperästhesie der Beine. Diagnose war auf Hysterie gestellt. Nach 10 Tagen plötzlich enorme Hyperästhesie der Beine, dann bald darauf vollkommener maniakalischer Anfall von einigen Stunden Dauer; bleibende Verwirrtheit mit Anfällen starker Erregtheit. 22 Tage nach Beginn der Erkrankung Kopferysipel, dem er in zwei Tagen unterliegt. Sectionsbefund: Hyperämie und Entzündung der Pia mater und der Hirnrinde.

Waehner (Kreuzburg).

---

325) **M. Saenger** (Leipzig): Ein durch merkwürdige Deformitäten ausgezeichneter Fall verbreiteter (neurotischer?) Atrophien von Muskeln, Gelenkapparaten und Knochen. (Arch. f. Psych. XII. Bd. 2 Heft p. 359.)

Beginn des Leidens bei einem neurotisch erblich belasteten Mann von 21 Jahren, bestehend in Atrophie der Muskeln und Sehnen, concentrischer Atrophie der Knochen, einestheils mit hochgradiger Relaxation und Diastase der Gelenke, anderntheils mit Fixation derselben zu ankylotischer Starrheit in Folge von Contracturen der atrophischen Muskeln. In Folge dessen hochgradige Bewegungsstörungen und Deformitäten besonders der oberen Extremitäten. Rohe Kraft überall herabgesetzt. Keine Coordinationsstörungen. Sensibilität, elektrische Reaction normal. Allgemeinbefinden ungestört. Das Leiden entwickelte sich durch etliche Jahre, langsam doch stetig fortschreitend, ist bei dem jetzt 50 J. alten Mann seit einer längeren Reihe von Jahren stationär.

Vf. nimmt einen *tropho-neurotischen* Ursprung des Leidens an, lässt die Frage über den Sitz (ob peripher oder central), die Entstehung etc. offen. Beigegebene Photographien illustriren die Details des sorgfältig analysirten Falles. Langreuter (Dalldorf).

---

326) **J. K. Mulvane,**: Hyperaemia of the medulla oblongata. (Journ. of nerv. & ment. disease 1882. pag. 129.)

Der 12jährige Pat. hatte vier Jahre vor der zu besprechenden Krankheit eine schwere Cerebrospinalmeningitis durchgemacht; nach Verschwinden einer partiellen rechtsseitigen Lähmung blieben noch gastrische Störungen, Kopfschmerzen in der linken Scheitelgegend und manche Beschwerden, die auf einen intracraniellen und spinalen Reiz

deuteten. Seit 8 Monaten hat sich ein eigenthümliches Krankheitsbild entwickelt: Während das Allgemeinbefinden besser als früher ist, verfällt Pat. jeden Tag um 9 Uhr in einen Zustand, der weder Schlaf noch Wachen ist. Anfangs waren die Augen vollständig geschlossen, jetzt sind sie es nur theilweise; das Gehör ist stets aufgehoben. Dabei geht Pat. umher und vollbringt oft Sachen, deren er sonst nicht fähig wäre. Diese Anfälle dauern minuten- bis stundenlang. Pat. hat keine Erinnerung an das, was während der Anfälle geschehen.

Symptome, wie sie während des Anfalls oder nach ihm beobachtet wurden, wie Paralyse des Unterkieferastes des Quintus, Strabismus int., leichte Paralyse des pneumogastr., der hypogloss. und glossopharyng., deuten darauf hin, dass die Ursache der Anfälle am Boden des 4. Ventrikels zu suchen ist. Die Behandlung mit Ergotin, Brom- und Jodpräparaten blieb erfolglos; der Verlauf ist ein progressiv schlechter.

Zu bemerken ist noch, dass Pat. erblich belastet ist.

Waehner (Kreuzburg).

---

327) **Birdsall:** Cases of poliomyelitis anterior in which the abdominal muscles were affected. (The Journal of nerv. & ment. disease 1881 pg. 482.)

B. hat in der einschlägigen Literatur unter 650 Fällen nur 7 gefunden, in denen Lähmung der Abdominalmuskeln bei Polomyel. ant. beobachtet wurde. Er theilt 5 Fälle mit, von denen einer bereits anderweitig veröffentlicht ist, zwei andere ihm von den Beobachtern bekannt gegeben, zwei endlich von ihm selbst beobachtet wurden. In beiden Fällen (bei Kindern von 3 resp. 4 Jahren) wurde die in Folge der Lähmung entstandene Vorwölbung des Abdomens anfangs kaum bemerkt, sie entwickelte sich vielmehr allmählig. Die Prognose erscheint bei geeigneter Behandlung mittelst Electricität und passender mechanischer Unterstützung günstig. Waehner (Kreuzburg).

---

328) **Gray:** Poliomyelitis anterior, involving muscles of the trunk and the four extremities. Remarkable recovery. (The American journ. of Neurologie & Psychiatry 1882 pg. 21.)

Ein 25jähriger Mann bekam nach einem leichten Gefühl von Müdigkeit vollständige Lähmung der Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten; am achten Tage Verminderung der faradischen Erregbarkeit, allmähliges Schwinden der Muskulatur, keine cerebralen Symptome auch keine Lähmung der Blase. Im vierten Monat allmählige Besserung, bis Pat. 2 Jahre und 3 Monate nach dem Beginne sich wieder dauernd beschäftigen kann. Die Muskulatur ist wieder kräftig, ihre faradische Erregbarkeit in den oberen Extremitäten vollkommen, in den unteren erheblich vermindert. Bei psychischer Erregbarkeit oder körperlicher Anstrengung bemerkt man noch einen ausserordentlich leichten und rhythmischen Tremor, wie man ihn stärker bei der dissemin. Sclerose oder Paralysis agit. beobachtet. Waehner (Kreuzburg).

---

329) **Hammond:** Elongation of the sciatic nerve in locomotor ataxia. (The Journal of nerv. & ment. disease 1881. pg. 553.)

H. stellt die einschlägige Literatur (Ischiadicus-Dehnung bei Tabes) zusammen, i. e. 7 Fälle, von denen 3 gestorben sind, 1 ohne Besserung blieb, die übrigen mehr weniger gebessert wurden. Er theilt dann 2 eigene Beobachtungen mit, in denen nach der Operation eine erhebliche Besserung constatirt wurde.

H. glaubt, dass Zufälle, wie Gangrän, Thrombose etc. auf eine zu starke Dehnung des Nerven zurückzuführen sind; er selbst dehnte um etwa 1 Zoll.

Waehner (Kreuzburg).

---

330) **Gowers:** Unilateral Hemiopia in Locomotor Ataxie. (British Medic. Journ. 17. Decbr. 1881.)

G. erzählt einen Fall von Tabes mit doppeltseitiger Sehnervenatrophie, in welchem, nachdem das Sehvermögen sich mehr und mehr vermindert hatte, plötzlich nasale Hemiopie eintrat (zufällige Chiasmabetheiligung? Ref.)

Voigt (Oeynhausen).

---

431) **Gibney:** Intermittent spinal paralysis of malaria origin. (Americ. (Journ. of neurology & psychiatry 1882. pg. 1.)

Zwei Fälle von intermittirender Spinalparalyse, die G. als Folge resp. Aeusserung einer Malaria-Infection auffasst. Es handelt sich um ein 7- und ein 6 jähriges Kind; bei dem ersteren wurden fünf Attacken von Paralyse beobachtet, die sich in Anschluss an eine mehr weniger typische Mal.-Inf. entwickelten und anfangs vollkommen, die beiden letzten Male nicht ganz verschwanden. Die Behandlung bestand in Darreichung von Chinin, Anwendung von Electricität und Entfernung aus der Mal.-Gegend. In dem zweiten Falle wurden zwei Attacken von Paralyse constatirt, zwischen ihnen vollkommene Genesung; der Kranke starb an Erschöpfung. In keinem Falle typische Entartungs-Reaction, doch in Fall I. faradische Erregbarkeit vorübergehend aufgehoben.

Idiopathische, hysterische, rheumatische und Bleiparalyse mit Sicherheit ausgeschlossen.

G. glaubt annehmen zu dürfen, dass die pathologische Grundlage der vorliegenden Affection eine Congestion des Rückenmarks zunächst durch active, dann passive Hyperämie ist, die zu Oedem des Marks führt.

Waehner (Kreuzburg).

---

332) **Morton:** A contribution to the subject of nerve-stretsching. (The Journal of nerv. & ment. disease 1882 pg. 133.)

M. hat die Dehnung verschiedener Nervenstämme bei den verschiedensten Rückenmarkserkrankungen angewendet und kommt zu einem der Operation günstigem Schlusse, ohne zu verkennen, wie mangelhaft sie selbst und unser Wissen von ihrem eigentlichen Effekte ist. Es sind 6 Fälle:

I. Fall. Spastische Spinalparalyse. Beginn der Krankheit 10 Monate vor der Operation, nach Erkältung; Pat. 50 J. alt. Beide

Ischiad. nach einander gedehnt. Erfolg: Auffallende Besserung aller Symptome. (Sehnenreflexe beiderseits kaum noch erhöht; nur noch bestehende Schwäche im linken Knie- und Fussgelenk.)

II. Fall. Paralysis agitans. Pat. 40 J. alt. Beginn vor ca. 6 Jahren. Dehnung des linken Ischiad. Bemerkenswerthe Besserung.

III. Fall. Athetose, rechtsseitige, seit der Kindheit. Dehnung des Medianus (am Oberarm). Bedeutende Besserung.

IV. Fall. Myelitis transv. chron. (Lendenmark). Pat. 64 J. Beginn der Krankheit vor 7 Jahren. Der rechte Ischiad. zuerst, 4 Wochen darauf der linke gedehnt. Augenscheinliche, aber nicht andauernde Besserung.

V. Fall. Ischias, idiopath. seit 8 Monaten bestehend. Dehnung des entsprechenden (linken) Ischiadicus: Sofortige und bleibende Heilung.

VI. Fall. Rechtsseitige Reflex-Epilepsie. Dehnung des Medianus, Ulnaris und cutaneus int. Kaum deutliche Besserung.

Den makroskopischen Befund am Nerven betreffend, so erschien letzterer in Fall I. III. und VI. normal, in II. durchaus abnorm. Er (Ischiad.) war von einer schmutzig gelbbraunen Farbe, abnorm breit und hart und crepitirte beim Dehnen leise. In Fall IV. war der Ischiad. deutlich atrophisch. In Fall V. war der Ischiad. roth, geschwollen, an der Oberfläche von kleinen gewundenen Venen bedeckt.

Waehner (Kreuzburg).

---

333) **Bernhardt** Berlin: Beiträge zur Lehre von der „Athetose“ und „den vasomotorischen Neurosen der Extremitäten.“ (Arch. f. Psych. XII. 2. p. 495.)

B. stellte in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 14. März 1881 folgende Kranke vor:

1. *Hemiathetosis dextra:* 20jähriges Mädchen in gutem Ernährungszustande. Um Mitte des J. 77 hatte sich aus unbekannter Ursache nach und nach eingestellt: rechtsseitige Hemiparese und Hemichorea ohne objective Sensibilitätsstörungen, unvollständige Aphasie und Atrophie und vollständige rechtsseitige Hemianopsie. Bis auf letztere gingen sämmtliche Symptome innerhalb weniger Wochen zurück. Von der Hemichorea waren nur *langsame, träge Greifbewegungen der Finger* (Athetose) übriggeblieben, die nur im Schlafe cessirten. So war der Status 3 J. nach dem Beginn der Affection.

Verf. hält den Fall für eine ursprüngliche Hemiplegie und glaubt dass die von Hammond beschriebene *Athetose* nichts weiter sei, als eine *modificirte* (posthemiplegische) meist halbseitige *Chorea.*

2. Zwei Fälle von „lokaler Asphyxie der Extremitäten.“

a) Ein weibl. Individuum, 25 Jahr alt, gesund aussehend, bietet seit etwa 2 Jahren folgende Erscheinungen: Kältegefühl an Händen und Füssen, nach kurzem Aufenthalt im Freien cyanotische Färbung bes. der Hände, Gefühl von Kriebeln und Steifigkeit bes. in der l. Hand, das sich bis zur Schulter hinaufziehen kann. Im Uebrigen keine Motilitäts- und objective Sensibilitäts-Störungen. Radialpuls beiderseits fühlbar.

b) Ein 27 jähriger gesunder Mann zog sich vor 4 Wochen ein leichtes Trauma der r. Schulter und Hand zu. Nach zwei Wochen wurde die Hand cyanotisch, eiskalt anzufühlen, Temp. r. 26 gegen 27,9 links. Die Kälte ist fast bis zum Ellenbogen fühlbar. Ein durch Nadelstich aus der r. Hand gewonnener Blutstropfen ist dunkelblauroth. Sensibilität mässig abgestumpft. Druck auf die Muskulatur von Hand und Vorderarm schmerzhaft. Bewegungen herabgesetzt, ebenso electrische Erregbarkeit. — Keine Pulsation an A. radialis und ulnaris, sowie weiter oben an der brachialis.

Verf. hält mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür, dass diese Blutcirculationsstörungen an peripheren Körpertheilen auf eine *besondere Erkrankung des vasomotorischen Centrums* des Halsmarkes zurückzuführen seien. (Asphyxie locale der Franzosen).

In beiden Fällen schaffte der constante Strom Besserung (im ersteren nur vorübergehend). Langreuter (Dalldorf).

---

334) **Gradle:** Spasm of the ciliary muscles of central. origin. (Journal of nervous & mental disease 1881 pg. 464.)

Gr. beobachtete Spasmen des Ciliarmuskels bei einer 23 jährigen Frau. Diese hatte 2 Tage vor der Entbindung einen Schlaganfall mit linksseitiger Hemiplegie, ohne Verlust des Bewusstseins; die Lähmung verschwand allmählig, nur blieb eine leichte Parese des linken Arms und eine vollständige Paralyse der Extensoren des letzteren zurück. Die Diagnose wurde auf eine Hämorrhagie in der Gegend der rechten inneren Capsel gestellt. Während Pat. früher gut und scharf gesehen hatte, war sie plötzlich myopisch geworden, wie die Uutersuchung ergab, durch beiderseitigen Spasmus des Ciliarmuskels. Atropin beseitigte denn auch die Myopie, aber nur vorübergehend; eine dauernde Heilung wurde nicht erzielt. Waehner (Kreuzburg).

---

335) **Hughes:** An unique case of persistent rythmical (clonic) spasm. (The Alienist & Neurologist 1882 pg. 662.)

H. hat zwei Fälle von andauernden spastischen Contractionen gewisser Muskelgruppen beobachtet, ohne dass dem Ausbruch dieser Krämpfe Apoplexie, Epilepsie, Hemiplegie oder Rheumatismus vorausgegangen wäre; dagegen litten die Pat. in beiden Fällen an Schwindelanfällen. In dem einen ausführlich mitgetheilten Falle bestanden gleichzeitig auftretende Krämpfe der 4 Flexoren der kleineren Zehen und der Extensoren der grossen Zehe am linken Fuss, der Schliessmuskeln der Augenlider, der sternocleidomast., scaleni und anderer Nacken- und Rückenmuskeln. Unter der Behandlung mit Tonicis, Arsen- und Brompräparaten besserte sich der Krampf der letztgenannten Muskeln wesentlich, der der Zehen nicht; nur im Schlafe erschlafften die letzteren. Waehner (Kreuzburg).

---

336) **Leyden** (Berlin): Ueber periodisches Erbrechen (gastrische Krisen) nebst Bemerkungen über nervöse Magenaffectionen. (Zeitschrift f. klinische Medicin IV. Bd.)

Die nervösen Erkrankungen des Magens und der Därme sind sehr mannigfacher Art. Gewisse Erregungen- und Ermattungszustände des Nervensystems beeinflussen die Thätigkeit des Digestionscanals nach verschiedenen Richtungen hin. Neuralgien und Hyperästhesien des Magens in Folge von nervösen Einflüssen finden sich ebenfalls häufig, besonders zu erwähnen sind die Fälle, welche in Folge von Menstruationsstörungen bei jungen Mädchen vorkommen und oft zu hochgradiger Abmagerung und Marasmus führen.

Das sogenannte priodische Erbrechen oder die gastralgischen Anfälle finden sich sowohl bei Rückenmarksaffectionen als auch unabhängig von solchen. Charcot hat die sog. Crises gastriques in klassischer Weise beschrieben, sie bilden eine häufige Complication der Tabes und tragen evident einen nervösen Charakter. Wenn sie sich als selbstständige Erkrankung finden, ist ihr Beginn gewöhnlich ein plötzlicher. Schon die ersten Anfälle zeigen charakteristische Symptome, welche die nervöse Natur bekunden. Während des Anfalles besteht eine Einziehung des Addomens wobei die Bauchdecken ganz schlaff sind, ferner hartnäckige Verstopfung, welche allen Mitteln trotzt, der Urin ist sparsam sedimentirend, der Puls frequent, das Erbrechen copiös. Ausserdem besteht Gefühl von Uebelkeit, heftiger Schmerz in der Magengegend und mitunter reissende Schmerzen in den Extremitäten. Die Therapie leistet sehr wenig. Im Anfall ist Ruhe, Eis und Morphium am zweckmässigsten. Die Obductionsbefunde sind durchaus negativ.

Verschiedene Krankheitsgeschichten illustriren die vorstehenden Schilderungen. Eickholt (Grafenberg).

---

337) **Baelz** (Tokio); Ueber das Verhältniss der multiplen peripherischen Neuritis zur Beriberi (Panneuritis endemica). (Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. IV.)

Nach den Untersuchungen des Verf. ist die Beriberikrankheit eine ächte Neuritis mit Degeneration der Fasern ganz analog derjenigen, die man bei andern peripheren Lähmungen findet. Sie kommt in Indien und Japan endemisch vor und tritt als eine offenbar der Malaria nahestehende Infectionskrankheit auf, welche sämmtliche Nerven ergreifen kann. Mit den von Eisenlohr, Eichhorst, Leyden u. A. beschriebenen Fällen ist sie identisch

Eickholt (Grafenberg).

---

338) **Bernhardt** (Berlin): Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis. (Zeitschrift für klin. Medicin. IV. Bd.)

Die beschriebenen 2 Fälle vermehren die Casuistik der zuerst von Erb beobachteten eigenthümlichen Lähmungen an der obern Extremität, welche sich durch eine auffallende Uebereinstimmung und Gruppirung der gelähmten Muskeln auszeichnen. Analog wie bei den

von Duchenne als Entbindungslähmungen beschriebenen Paralysen bei Kindern war auch der M. infraspinatus an der Lähmung betheiligt. Mit Rücksicht auf die oberflächliche Lage der in Betracht kommenden 5. und 6. Cervicalverven kann die schädigende Ursache sowohl entzündlicher wie traumatischer Natur sein. Eickholt (Grafenberg).

---

339) **Bernhardt** (Berlin): Ueber Lähmungen der Hand und Finger in Folge von polizeilicher Fesselung. (Eulenberg's Vierteljahresschrift f. ger. Med. Apr. 1882.)

Verf. citirt aus dem Buch von Brenner (Untersuchungen und Beobachtungen auf dem Gebiet der Electrotherapie) einen kleinen Abschnitt über die traumatische Lähmung des N. radialis durch Strangulation des letztern mit speciellem Hinweis auf die Sitte der russischen Polizeibeamten, den Arrestanten durch diese Strafschnüre die Oberarme nach hinten zu fesseln.

Verf. weist nun an der Hand von 5 Fällen nach, dass diese Unsitte der Polizei auch in Berlin besteht und nicht so selten zu den gleichen Resultaten führt wie in Russland, nämlich zu vorübergehenden aber auch unter Umständen bleibenden Radialislähmungen. — Mit Hinweis auf den auch in den leichtesten Fällen mehrere Wochen hindurch dauernden Schaden verlangt Verf. mit Recht, dass für leichtere Verbrecher diese Fesselung an einer gefahrlosen Stelle applicirt werde oder jedenfalls niemals die Fessel länger als absolut nothwendig belassen werde, höchstens auf dem Transport bis zum nächsten Depot also nie die ganze Nacht hindurch. — Sury-Bienz (Basel).

---

340) **Pawlinow** (Moskau): Ein Fall von Hysterie. (Antrittsvorlesung, Medicinskye obosrenie, XVI. p. 12 russisch).

Verf. beschreibt sehr ausführlich folgenden bemerkenswerthen Fall, der seinerzeit in allen russischen Tagesblättern discutirt wurde: Pat. 15jähriges Mädchen aus hysterischer, übrigens vornehmer Familie, wohl entwickelt, menstr. seit dem 12. Jahre, zeigt eine Menge von hysterischen Erscheinungen: Hyperästhesien und verbreitete streng symmetrische Anästhesien der Extremitäten, hysterischen Schrei, hysterisches Lachen, häufiges Niesen jedesmal vor dem Einschlafen und Erwachen; zeitw. Appetitlosigkeit ohne Abmagerung, kalte Hände und Füsse, Fehlen des Schweisses bei starker südlicher Sommerhitze; zeitw. Ischurie, schmerzh. Spasmen des Sphincter ani bei der Defaecation; Contractur der musculi peronei beiderseits und dadurch bedingte Plattfussstellung, so dass besonders geformtes Schuhwerk getragen werden muss und endl. *hysterische Luxationen* beider Schulter- und Hüftgelenke.

Da diese letztere Erscheinung eine *Bereicherung der hysterischen Symptomatologie* bildet, so müssen wir etwas näher darauf eingehen. Wenn die Arme ruhig am Körper niederhingen, schien es, als ob dem Gesetz der Schwere gemäss der Oberarmkopf aus seinem Gelenk herabsank, so dass zwischen ihm und dem Acromion ein fingerbreiter Zwischenraum beobachtet wurde. Der Versuch, den Gelenkkopf zu reponiren, gelingt zwar ganz leicht, ihn aber in der norma-

len Lage zu erhalten gelingt auch bei starker Kraftanstrengung nicht, denn das Erheben des Gelenkkopfes bei hängendem Arme ruft sogleich zwar unregelmässige und uncoordinirte, aber doch so starke Contractionen aller am Rumpfe entspringenden und am oberen Drittheil des Oberarmes sich inserirenden Muskeln hervor, dass diese den Gelenkkopf aus seinem Gelenk herausziehen. Bei genauerem Hinsehen bemerkt man, dass der Rumpf periodisch unregelmässige Schwankungen, hauptsächlich Beugungen und Streckungen vollführt.

Die Untersuchung des Hüftgelenkes in liegender Stellung liess keine Abnormität entdecken; beim Gehen aber trat fast bei jedem Schritt der Oberschenkelkopf beiderseits aus seiner Pfanne auf den oberen hinteren Rand derselben und sprang dann mit schnappendem Geräusch in die Pfanne zurück. (Diese Erscheinungen dürften wohl nur bei angeborener abnormer Schlaffheit der Gelenkbänder möglich sein. Ref.) Der Gang war daher von beständigen seitlichen Beugungen des Rumpfes und Hervorstrecken des Unterleibes begleitet. In liegender Stellung war der Abstand zwischen spina ilii anterior superior und malleolus ext. um 8 Cm. kürzer als in stehender. Alle diese Erscheinungen wurden auch von Prof. Sklifastowsky und dem in Moskau gerade anwesenden Prof. Charcot constatirt, welch' letzterer dazu meinte: il fallait venir à Moscou pour voir ces choses-là. Pat. wurde vom Verf. aufs Land geschickt mit dem Rathe sich einmal gründlich zu erschrecken und gesund zu werden. Hier hatte sie mancherlei Aufregung theils deprimirender Natur, und als sie eines Tages vom Klavier aufstand und noch unter den Eindruck des gesungenen Liedes sich auf Befehl der Mutter daran machte ein altes Heiligenbild zu putzen, so fühlte sie plötzlich ihre Füsse wieder, alle Anasthesien, Schmerzen, Contracturen und Verrenkungen waren mit einem Schlage verschwunden, Pat. war vollständig gesund. Nur im linken Schultergelenke blieb als Folgeerscheinungen eine leichte Erschlaffung.

Verf. ist der Ansicht, dass in ähnlichen Fällen die Reflexerregbarkeit der Muskeln so erhöht ist (strychnisme spontané, Charcot), dass die geringste Dehnung eines Muskels schon eine starke Contraction desselben hervorruft, und dass durch vereinten Zug mehrerer Muskeln der Gelenkkopf aus seiner Pfanne *gezogen* wird und so eine Art unvollkommener Luxation entsteht. In der That lassen sich fast alle Symptome der Kranken auf gesteigerte Muskelerregbarkeit zurückführen. Die plötzliche Heilung führt er auf Gemüthsbewegungen zurück in Analogie der bekannten deprimirenden, lähmenden Einwirkungen gewisser Affecte z. B. des Schreckes, auf die Muskulatur.

Buch (Helsingfors).

---

441) **L. C. Gray:** The diagnostic significance of a dilated and mobile pupil in epilepsy. (The american journ. of neurologie & psychiatry. 1882. p. 23.)

Gr. versteht unter „delated and mobile pupil" eine stets, auch bei hellem Licht mehr weniger abnorm weite und bei Prüfung mit verschiedener Lichtintensität oder bei der Accomodation abnorm stark bewegliche Pupille. Diese Abnormität hat er bei 69 daraufhin unter-

suchten Epileptikern (petit und grand mal) stets constatiren können, wenn nicht hohes Alter, Blindheit ein anderes Verhalten begründeten. Er hält diese Pupillenabnormität für ein durchaus sicheres und oft Ausschlag gebendes diagnostisches Symptom, z. B. wenn bei Epilepsia noct. Anfälle nicht beobachtet wurden, zur Differentialdiagn. zwischen Epilepsie und Hysterie, vor Gericht etc. Der Umstand, dass man ein ähnliches Verhalten der Pupille in einigen Fällen von Melancholie, Migräne und Chorea constatirt hat, vermag den diagnostischen Werth nicht zu vermindern. Waehner (Kreuzburg).

---

342) **Hughes**: Epileptoid Aphasia superseded by eczema. (The Alienist & Neurologist 1882. pg. 119.)

Pat. in den mittleren Jahren, hatte seit einigen Jahren Anfälle von petit mal, die mit einem Gefühl von Stechen, dann von Taubheit erst im linken Mittelfinger, dann im Gesicht, Zungenspitze, Stirn und linken Auge begannen, und zu einer vorübergehenden Verworrenheit, einem Gefühl von Schwindel, Vollsein, zu Kopfschmerzen und dem Unvermögen führten, sich zweisilbiger Worte zu erinnern. Nach einem Eczem im Gesicht und auf dem Kopfe verschwanden diese Anfälle vollständig. Waehner (Kreuzburg).

---

443) **Bourneville et d'Olier** (Bicêtre): Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystrie et l'idiotie. (Paris 1881.)

Der erste Theil der vorliegenden Veröffentlichungen enthält die Geschichte und Statistik der Abtheilung für Epileptische und Idioten in Bicêtre und die Verbesserungen, welche Bourneville seit dem Jahre 1879 dort eingeführt hat. Am 8. October 1879 waren 268 Kranke vorhanden, 143 Erwachsene und 125 Kinder. Am 31. December 1880 ergab sich ein Bestand von 278 Kranken, alle epileptisch, 104 nicht geisteskrank, 45 epileptische Idioten.

Der zweite Theil betrifft verschiedene klinische Beobachtungen, von denen Nro. 3. bemerkenswerth ist. Es handelt sich hier um einen 12jährigen epileptischen Knaben, welcher seit seinem zweiten Lebensjahre verschiedene Anfälle von Nahrungsverweigerung hatte, deren Dauer zwischen 3—28 Tagen variirte. Es bestanden weder eine organische Krankheit noch irgend welche Wahnvorstellungen. In der vierten Beobachtung wird nachgewiessen, dass die Erscheinungen der Hysterie bei beiden Geschlechtern dieselben sind. Die 5. Abhandlung betrifft die physiologische und therapeutische Wirkung des Bromaethyls, dessen regelmässige Anwendung in Form täglicher Inhalationen während einer Zeit von 1—2 Monaten die Häufigkeit der epileptischen Anfälle sichtlich vermindern soll. Eickholt (Grafenberg).

---

344) **Bollinger** (München): Ueber Vererbung von Krankheiten. (Sep.-Abdruck aus den Beiträgen zur Biologie. Stuttgart 1882.)

Verf. erörtert die für die Aetiologie der Krankheiten so wichtige und bedeutungsvolle Frage der Erblichkeit krankhafter Processe nach verschiedenen Richtungen. Aus den Schlusssätzen heben wir folgende

hervor, welche für die Vererbung neuropathischer Zustände von Interesse sind:

Vorübergehende Zustände während der Zeugung sind abgesehen vom Alkoholismus, ohne besonderen Einfluss auf die Nachkommen. Der Alkoholismus sowohl in seiner acuten wie in seiner chronischen Form bedingt häufig pathologische Belastung namentlich des Nervensystems und erklären sich daraus theilweise die pathologischen Verschiedenheiten zwischen echten Geschwistern.

Der Einfluss der Mutter ist bei der Vererbung von Krankheiten meist der schlimmere und bedeutungsvollere, weil hier nicht bloss konzeptionelle sondern auch intrauterine Uebertragung möglich ist. Ehen zwischen Blutsverwandten sind ohne nachtheiligen Einfluss auf die Nachkommen, wenn beide Eltern gesund sind. Bei krankhafter Dispositon dagegen sind derartige Ehen häufig schädlich und führen durch potenzirte Vererbung leicht zu erblicher Belastung.

Die Frage ob eine erbliche krankhafte Anlage überhaupt beseitigt werden kann, beantwortet B. mit ja und empfiehlt das schon von Romberg vorgeschlagene Veterinärprinzip: Kreuzung mit Vollblutrace. Er verkennt indessen nicht, dass bei Schliessung der Ehen vielfach auf alles Andere mehr als auf diesen Punkt gesehen wird.

Eickholt (Grafenberg).

---

345) **Burkart** (Boppard): Weitere Mittheilungen über chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung. (Bonn, Cohen & Sohn. 74 pg.)

Die Arbeit zerfällt in einen chemischen und in einen klinischen Theil. Im ersteren wird durch 3 Versuchsreihen nachgewiesen, dass 1) der qualitative Nachweis von Morphium in einer künstlichen Morphium - Harnlösung immer gelingt; 2) der qualitative Nachweis des Morphium im Harn von Morphinisten nicht gelingt; 3) die subcutane Injection eines in bestimmter Weise aus Morphinistenharn hergestellten Rückstandes bei Kaninchen Intoxication erzeugt, die der acuten Morphiumvergiftung ähnlich ist. Verf. schliesst daraus, dass M. ganz oder in seinen Derivaten sich mit Producten des Organismus chemisch binde und in dieser Verbindung ausgeschieden werde, dass diese Verbindung die Wirkung des Morph. zwar nicht alterire, wohl aber seine chemische Zusammensetzung, und dass in Folge dessen seine Anwesenheit durch die bekannten Reactionen nach Fröhde und nach Husemann nicht zu erweisen sei. v. Mering hat für Chloralhydrat früher etwas Aehnliches demonstrirt.

Der zweite Theil enthält nach keiner Richtung etwas bemerkenswerthes. Es wird mitgetheilt, dass Verf. zum Zwecke leichterer Entziehung des Morphiums die Morphium*spritzer* zuerst zu Morphium*esser* macht.

Zwei Fehler, welche die Kritik schon bei der „ersten“ Mittheilung gerügt hatte, kehren mit starrer Hartnäckigkeit bei dieser „weiteren“ wieder. Es ist erstens der grundfalsche Titel „Morphiumvergiftung“, welcher der „Sucht“ nicht Rechnung trägt; zweitens ist es der Ausdruck „meine Methode“, mit welchem der Verf. sein *Variatiönchen* derjeni-

gen Methode zu nennen beliebt, welche die *allmählige* Entziehung bezeichnet. Ihr steht bekanntlich die *plötzliche* gegenüber, eine dritte giebt es nicht; beide Methoden sind von dem Verf. nicht entdeckt, und von Andern vor ihm geübt. Erlenmeyer.

---

346) **R. Gnauk** (Berlin): Ueber die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie. (Arch. f. Psych. XIII. 2 pg. 337.)

Vf. beobachtet 5 Fälle von Epilepsie, wo sich selbständig neben und getrennt von dieser Krankheit Psychosen entwickelten, und zwar der Form nach *Verrücktheiten* mit Verfolgungswahnideen und Sinnestäuschungen. In allen Fällen bestand die Epilepsie seit Jahren. Dem Inhalt und dem Character nach waren die Psychosen dem ächten epileptischen Irresein ähnlich, unterschieden sich durch Verlauf (längere Dauer) und den Bewusstseinszustand. Während beim *epileptischen Krampfanfall* das *Bewusstsein aufgehoben*, beim *epileptischen Irresein* dasselbe wohl noch vorhanden, aber eigenthümlich *traumartig umgestaltet* ist, war bei den beobachteten Fällen von *Verrücktheit* das Bewusstsein im ganzen *ungestört* (mit Ausnahme eines Falles von stuporöser Verrücktheit.) Langreuter (Dalldorf).

---

347) **Flechsig**: Die körp. Grundlagen der Geistesstörungen. (Verlag v. Veit und Comp. Leipzig 1882.)

Nachdem Verf. überhaupt die Berechtigung der Annahme einer Abhängigkeit psychischer Krankheiten von körp. Störungen dargethan hat, betont er die Schwierigkeiten, den Zusammenhang in exacten Ausdrücken zu formuliren. Vor den Hand könne es nur Aufgabe sein, Erfahrungsthatsachen methodisch zu sammeln. Als Beispiele werden angeführt:

Difformität des Schädels beim Idiotengehirn.

Stauungspapille bei Druckerhöhung im Gehirn.

Verschiedenheit der Reaction auf in das Blut injicirte Alkaloide bei Gesunden und Geisteskranken.

Das Hauptfeld für eine correcte Forschung ist die Vergleichung der Symptome am Lebenden mit dem Leichenbefunde, sowohl bei Geisteskrankheiten als bei „gewöhnlichen Gehirnkrankheiten," wo — besonders bei der Dementia paralyt. der causale Zusammenhang zwischen anatomischer Veränderung und psych. Störung exact demonstrirt werden kann. Allerdings kann dieselbe anatomische Grundlage unendlich verschiedene Krankheitsäusserungen im Leben hervorrufen. Dasselbe gilt umgekehrt. — Diese an sich entmuthigende Thatsache wird erklärlich, wenn man bedenkt:

1. Die grosse Schwierigkeit der Ortsbestimmung im Gehirn, wo die Functionen der einzelnen Theile von mm. zu mm. wechseln können.

2. Die Verschiedenheit des „geistigen Inhalts" des Einzelhirns: Die Symptome können ungeheuer verschieden sein, je nachdem der erkrankte Gehirntheil spärliche oder zahlreiche Residuen früherer Ein-

drücke in sich trägt. Als ferner Erschwerendes für die Gesetzmässigkeit der Hirnreize kommt die individuelle Prädisposition hinzu, deren Wesen bisher unbekannt.

Nach Resultaten heutiger Forschung glaubt Vf. annehmen zu dürfen, dass *keine* geistige Störung einer körperlichen Grundlage entbehrt. Das Ziel der Psychopathologie soll nun sein: womöglich für jedes Einzelsymptom gestörter geistiger Thätigkeit das physische Aequivalent klarzulegen. Allerdings sind die Schwierigkeiten sehr grosse, da jeder Fall von Geisteskrankheit sich aus einer grösseren oder kleineren Reihe geistiger „Elementarstörungen", aus den verschiedenartigsten Störungsformen des Vorstellens, Fühlens, Wollens, der Triebe und des Bewusstseins zusammensetzt. — Die erste Etappe auf dem Wege der Forschung ist das Studinm der *Herderscheinungen bei Gehirnläsionen:* man denkt dabei z. B. an eine Analogie einer Muskellähmung und eines psych. Depressionszustandes, oder einer Muskelzuckung und einer Hallucination.

Nur soll man nicht zu weit gehen wollen und annehmen, dass jede durch die Sinnesorgane vermittelte Einzelvorstellung oder jedes Erinnerungsbild durch Thätigkeit eines circumscripten Rindenfeldes ausgelöst wird. Allerdings wäre eine solche Hypothese eine sehr anmuthende, und, wenn als wahr erwiesen, sehr erleichternd. Vorläufig gehört indessen — nach Ansicht des Vf. — Die Annahme gesonderter „Sinnessphären" noch in das Bereich der Vermuthungen.

Langreuter (Dalldorf).

---

348) **Kiernan:** Insanity from Scarlatina. (St. Louis Clinical Record, Jan. 82.)

Verf. setzt auseinander, dass durch Scharlach 2 Gruppen von Geisteserkrankungen entstehen können, deren erste Fälle von Melancholie mit Hallucinationen, deren zweite Fälle von Dementia (in Folge von Meningitis) enthält. Ausserdem gäbe es auch eine 3. Gruppe krankhafter Veränderungen nach Scharlach, die den Character beträfen.

Voigt (Oeynhausen).

---

349) **Bacon** (Chambridge England): Sudden Death from a Blow of the Fist. (British Medical Journal. Febr. 11, 1882.)

Verf. erzählt, dass ein irrsinniger unter Convulsionen plötzlich starb, nachdem er einen Faustschlag auf den rechten process. mastoid. erhalten hatte. Die Section ergab Blutextravasat an der Hirnbasis, Blutklumpen im 4. Ventrikel, Compression der medulla oblong. durch Bluterguss.

Voigt (Oeynhausen).

---

350) Aerztlicher Bericht über die Irrenabtheilung des Bürgerspitals in Basel vom Jahre 1881.

Es werden aufgenommen 78 Männer, 64 Frauen, der Bestand am 31. December 1881 betrug 25 M. 37 Fr. Von den aufgenommenen litten 33 M. und 3 Fr. an alcoholischen Psychosen. Die Heilungen betragen nach Abzug der Alcoholiker bei den Männern 19,6% bei den Frauen 25%.

Dem Berichte ist eine Abhandlung von Wille über psychiatrische Klinik beigefügt.

Eickholt (Grafenberg).

---

351) **Hughes**: Outline therapeutics of chronic alcoholism. (Alienist & Neurologist. 1882. pg. 85.)

H. empfiehlt bei chronischem Alkoholismus eine Mischung von Tonicis resp. Amaris mit Narcoticis. Die Amara (Extr. Quassiae, Tinct. capisci) steigert er, bis der Drang zum Trinken dadurch beseitigt wird; als Narcotica benützt er Bromkali und Morphium, statt des Bromkali Cannabis indica und Extr. Hyoscyami, wenn stärker wirkende Narcotica angezeigt sind. Dabei ist ein mildes Abführmittel, am besten Calomel und Jalapae zu reichen. Brom und die Amara müssen gebraucht werden, so lange noch Erscheinungen von Unruhe oder Neurasthenie bestehen. Später soll der Betreffende stets eine kleine Dosis seiner Arznei bei sich tragen, um sie bei wieder auftretendem Drange zum Trinken sofort gebrauchen zu können.

W. will durch sein Verfahren alte Trinker dauernd geheilt haben. Waehner (Kreuzburg).

---

352) **Crothers**: Inebriate criminals. (Alienist & Neurolgist. 1882. pg. 66.)

Cr. theilt die trunksüchtigen Verbrecher in zwei Klassen. Die erste umfasst alle diejenigen, welche es durch ihre Umgebung und ihre Verhältnisse geworden sind; bei ihnen liegt oft eine ererbte Neurose vor. Die zweite Klasse umfasst diejenigen, bei denen eine physische Degeneration des Gehirn und der Nervencentra, entweder durch Entwicklungshemmung oder allgemeine falsche Entwicklung des Organs das Primäre ist; die dieser Klasse Angehörigen sind geborene Verbrecher oder Trinker. In der letzteren Klasse ist die Diathese zum Verbrecher oder Geisteskranken stets offenbar; in der ersteren ist die Neurose nicht deutlich, bricht dann aber oft plötzlich hervor. Zur Illustration beider Klassen führt H. mehrere Fälle an. Er hebt dann hervor, wie schwer Kranke dieser Art in Irrenanstalten zu behandeln sind; sie müssen einer durchaus stricten militärischen Disciplin unterworfen werden, eine dauernde Beschäftigung muss einen Theil der Behandlung bilden. Ein eigener Aufenthalt und eigenthümliche Behandlung wird die Zahl geheilter Fälle dieser Art erheblich vermehren.

Waehner (Kreuzburg).

---

353) **Hammond**: Reasoning mania, its medical and medico-legal relations; with special reference to the case of Charles J. Guiteau. (Journ. of nerv. & ment. disease. 1882. pg. 1.)

H. skizzirt an der Hand der einschlägigen Literatur und einiger Fälle die Folie raisonante; die angeführten Fälle sind demjenigen Guiteau's mehr weniger analog, und H. führt in prägnanter Weise aus, was für die Annahme des Irreseins speziell der Folie rais. bei Guiteau spricht. Er schliesst trotzdem: „Mag G. die gesetzliche Strafe für sein Verbrechen voll und ganz erhalten, aber seien wir uns bei der Vollstreckung der Strafe bewusst, dass er ein Geisteskranker ist, der Strafe verdient; uns schmeicheln zu wollen, dass G. geistig gesund war, als er auf Garfield schoss, ist nicht allein

feige, sondern auch unpolitisch. Dann verliert die Strafe die Kraft eines Beispiels, die es sonst auf hunderte von andern geistig abnormen Individuen haden würde.“ Waehner (Kreuzburg).

---

354) **Beard**: The case of Guiteau. A psychological study. (Journ. of nerv. & mental, disease 1882. pg. 90.)

Nach B. ist allein auf Grund der früheren Aeusserungen, des Benehmens und der Schriften Guiteaus, bevor er überhaupt nach Washington kam, die Diagnose des Irreseins bei G. zweifellos sicher: Er ist eben auf Grund der angeführten Thatsachen zu dem Schluss gekommen, dass G. schon in dem Alter von 18 Jahren geisteskrank war und es seitdem geblieben ist, und dass G. an „religiöser Monomanie“ leidet. Er führt aus, dass G., wenn er sich zur Zeit der That in einer Anstalt als Geisteskranker befunden, gewiss nicht verurtheilt worden wäre, dass aber keine Anstalt es in den letzten 20 Jahren (i. e. vom 18. Jahre G.'s ab) es abgelehnt haben könnte, G. aufzunehmen, ja dass G. auch gewiss freigesprochen sein würde, wenn der Ermordete ein gewöhnlicher Bürger gewesen wäre. Man kann auch bei Geisteskranken nicht die Erkenntniss des Recht und Unrecht als Entscheidungsgrund für Strafe oder Freisprechung verwerthen: Diese Erkenntniss besitzen die Geisteskranken, wenn sie Verbrechen begehen, sogar gewöhnlich. Ein Geisteskranker ist stets als unzurechnungsfähig zu erachten, mag sich sein Irresein auch überwiegend in dem einen oder anderen geistigen Faktor zeigen; dann aber ist auch jeder Geisteskranker bei Begehung eines Verbrechens freizusprechen, wie es bei G. der Fall sein sollte. Waehner (Kreuzburg).

---

355) **Wardner:** Care of the insane. (The Alienist & Neurolog 1882 pg. 34.)

W. beschreibt das Gebäude, das er nach dem Brande der von ihm geleiteten Anstalt (Illinois, Southern Hospital, at Anna) provisorisch errichten liess. Es ist einstöckig, in Form eines Kreuzes mit langen (150 Fuss) Armen, deren jeder 28 Fuss breit. Am Ende jeden Arms befinden sich 6 Isolirzellen, der übrige Theil ist von einem grossen Schlaflokal eingenommen. Aussen am Ende jeden Arms ist ein 40 Fuss breiter und 124 Fuss langer Hof resp. Garten; im Winkel, den der Arm mit dem Centralgebäude bildet, Closet und Baderaum. In jedem Raum befinden sich 75 Kranke. Im Centralgebäude ist eine Garderobe, ein Beamten- und ein Esszimmer.

Das körperliche und geistige Befinden war in diesem Gebäude ein so vorzügliches und besseres, dass man dasselbe zur gelegentlichen Benutzung z. B. im Sommer bestehen liess.

W. erwähnt, wie Catlett nach dem Brande zu St. Joseph (Missouri) durchaus ähnliche günstige Resultate bei Verwendung eines ähnlichen offenen Systems erhalten. Waehner (Kreuzburg).

---

356) **Parsons:** On the private cure of the insane. (The Alienist & Neurologist 1881 pg. 564.)

P. führt in klarer Weise die Indikationen aus, nach denen die Behandlung der Geisteskranken besser privatim (i. e. in kleiner Pri-

vatanstalt oder in fremder Familie) als in öffentlichen (grossen) Anstalten geschieht. Letztere sind nach ihm vorläufig überhaupt unzulänglich für alle Kranken, die ihren häuslichen Verhältnissen entrückt werden müssen; die herrschende (nothwendige) Sparsamkeit, die Grösse, Ueberfüllung und manche andere Ursachen lassen sie nicht als die besten, zur Pflege geeignetesten Institute erscheinen. Je weniger Kranke in einer Anstalt verpflegt werden, um so besser für die Kranken. Je intelligenter die zur Pflege verwendeten Personen, desto besser für die Pfleglinge. Die Verpflegung von vielen, vielleicht der meisten Kranken in gewöhnlichen Privathäusern ist thunlich, auch von nicht vermögenden Kranken in Familien, die ihren socialen Verhältnissen entsprechen. Wenn mehr als ein Geisteskranker in der Familie verpflegt wird, muss ein kundiger Arzt die Pflege leiten.

Waehner (Kreuzburg).

357) **Mann:** Contribution to mental pathology: Codification of the Common Law as to insanity. (The Alienist & Neurologist. 1881 pg. 589.)

M. verwirft die bestehende Rechtsanschauung, dass derjenige, der Recht von Unrecht unterscheiden könne verantwortlich sei. Er führt Fälle und Krankheitsformen (Epileptische etc.) auf, in denen trotz jenes Vermögens der Betreffende zur Zeit der That sich in einem Zustand von Geisteserkrankung befindet, dass er keine Selbst-Controle über seinen Willen besitzt. Er schlägt folgende Fassung vor: Mord ist nicht strafbar, wenn der Thäter zur Zeit der That in Folge einer Geisteskrankheit ausser Stand ist, sein eigenes Thun zu prüfen, sonst schlägt M. vor, dass Juristen jeden zweifelhaften Fall nach 8 von ihm aufgestellten, schematischen, detaillirten Fragen prüfen sollen; diese Fragen erscheinen geeignet, klarzustellen, ob der Angeklagte sich zur Zeit der qu. That in einem derartigen Zustande befunden hatte.

Waehner (Kreuzburg.)

358) **Scholz** (Bremen): Verurtheilung eines Idioten. (Gerichtsärztliches Gutachten.) (Eulenburg's Vierteljahresschrift f. ger. Med. April 1882).

Verf. hatte die leichte Aufgabe, an der Hand eines reichen Acten- und Beobachtungsmaterials den Schwachsinn eines Menschen zu beweisen, der auffallender Weise wegen Nothzucht zu $3^3/_4$ Jahren Zuchthaus verurtheilt worden war.

In den Symptomen dieses Schwachsinns liegt nichts Besonderes — das Referat kann darüber hinweggehen; aber die eine Frage drängt sich beim Durchlesen dieses Gutachtens doch auf — wie es nämlich in der heutigen Zeit noch möglich ist, dass ein Mensch, der nach den Gerichtsacten von allen Seiten her als hochgradigst verblödet, von Jugend auf dumm, total bildungsunfähig geschildert wurde, doch noch Richter finden kann, die ihn verurtheilten zu Zuchthausstrafe statt zur dauernden Versorgung im Irrenhaus!

Sury-Bienz (Basel).

359) **Köhler** (Colditz): Gutachten über den geistigen Zustand des wegen versuchten Brudermordes in Untersuchung befindlichen Schuhmachers Th. (Eulenburg's Vierteljahresschrift f. ger. Med. Jan. 1882.)

Der Explorand besucht am 29. März v. J. seinen seit 4 Jahren

in der Anstalt versorgten blödsinnigen Bıuder, begrüsst ihn zuerst freundlich, giebt ihm sogar mitgebrachte Geschenke — greift dann aber in die Tasche, zieht einen Revolver heraus und schiesst 2 Mal auf ihn — aber ohne zu treffen; während der anwesende Aufseher mit ihm ringt, schiesst er noch 4 Schüsse auf sich selbst ab, und bricht dann schwer verletzt zusammen. Auf Befragen giebt er dann an, er habe beabsichtigt, den Bruder und sich zu tödten, um sich und die Eltern von dem Uebel zu erlösen; sie seien sämmtlich durch die Onanie unglücklich und der Vater könne nicht mehr bezahlen; er sei zu diesem Behufe nach Colditz gekommen.

Nach der Verbringung des Schwerverletzten (penetrirende Brustwunde etc.) in das städtische Krankenhaus ist der Kranke sehr erschöpft, blass schwerathmend — psychisch aber sehr aufgeregt und macht noch am gleichen Abend 2 Selbstmordversuche durch Erdrosseln und Durchbeissen der Pulsadern; ähnliche Versuche fanden auch am zweiten Tag noch statt. Am 3. Tag grösste Erschöpfung, deren Hebung erst allmählig die Lebensgefahr mindert. Dabei stets Selbstanklagen wegen Onanie, Beschönigung der That etc.

Da die Wunden heilen, die Ernährung sich hebt und die Selbstmordsgedanken verschwunden sind, wird Pat. am 19. Tage heim entlassen.

Director Köhler wurde nun später zur Begutachtung gerufen und fand den Expl. am 9. Juni blass, matt, in sehr weinerlicher Stimmung. Auf Befragen giebt er an, sein körperliches Befinden sei ordentlich, er schlafe aber sehr schlecht und unruhig, habe noch immer einen stark drückenden Schmerz im Kopf, habe gar keinen Lebensmuth. Er treibe stets noch Onanie. Bei Erwähnung der That weint er und giebt den gleichen Grund für sein Verbrechen an, dessen Bedeutung er keineswegs einzusehen scheint. —

In seinem Gutachten macht Verf. auf die Schwächlichkeit in der Entwicklung des Expl. aufmerksam, betont dann namentlich die bedeutende erbliche Anlage zu psychischen Störungen mütterlicher und väterlicher Seits, dann die Onanie. Aus den Acten geht hervor, dass Expl. schon seit Jahresfrist, besonders aber seit Weihnachten über nervöse Beschwerden geklagt hat; er sei psychisch aufgeregt und unbeständig geworden, dann verschlossen, menschenscheu, zu Selbstvorwürfen geneigt; meistens schlaflos und unfähig zu Arbeit, habe er den väterlichen ungünstigen Vermögensverhältnissen nachgegrübelt, und so sei allmählig der Plan des Mordes gereift.

Die Schluss-Sätze des Gutachtens lauten:

1) Th. ist vor der That bereits geistig gestört gewesen.

2) Derselbe hat den Mord- und Selbstmordsversuch im Zustande völliger geistiger Unfreiheit begangen.

3) Derselbe ist auch gegenwärtig noch geistig gestört in der Form psychischer Abschwächung.

Das Verfahren wurde sofort eingestellt.

Sury-Bienz (Basel).

II. Vereinsberichte.

I. Société de Biologie.

Sitzung vom 6. Mai 1882. (Progrès med. 19.)

360) **Rabuteau:** Ueber Magnetismus. Vortr. hat mit dem Faraday'schen Apparat Versuche gemacht, die mit denen von d'Arsonval nicht übereinstimmen. Er hat constatirt, dass das Blut, die Muskeln diamagnetisch sind und dass ein lebendes Thier, ein zwischen den beiden Polen aufgehängter Frosch, sich verhält wie die ihn zusammensetzenden Gewebe, d. h. dass er auch diamagnetisch ist und sich in die äquatoriale Richtung stellt.

Sitzung vom 15. Mai 1882. (Progrès méd. 20.)

361) **Brown-Séquard** kommt auf seine früheren Experimente zurück, die beweisen, dass die bisherige Annahme bezüglich der *Nervenleitung von den motorischen Centren zum Rückenmark* nicht richtig ist. Zu diesem Zwecke demonstrirt er ein Affengehirn mit geeigneten Schnitten durch Pons und Pyramiden. Galvanische oder andere Reize unmittelbar über den durchschnittenen Partieen haben bald auf der correspondirenden, bald auf der entgegengesetzten Seite Bewegungen ausgelöst.

Rabow (Berlin).

II. Académie de Médecine.

Sitzung vom 8. Mai 1882. (Progrès méd. 14.)

362) **Blanche:** *Ueber Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund.* Vortr. lässt diesen Grund absolut nicht zu. Er stützt sich dabei auf die Möglichkeit einer Heilung und auf die üblen Folgen, die aus einem unwiderruflichen Acte resultiren müssen, bei dem nicht jeder Betheiligte seine Interessen vertheidigen kann. Hierbei hat B. besonders die an partieller Verrücktheit, an Melancholie mit Wahnvorstellungen Erkrankten im Auge, welche für unheilbar gehalten würden und doch wieder in den Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte glangen können. So hat er 15 Jahre lang eine Melancholische behandelt, deren Heilung sich später von Bestand gezeigt habe.

Nach dem Ehescheidungsgesetz muss die Scheidung von beiden Seiten beantragt werden. Nun kann aber das geisteskranke Individuum keinen gesetzlich gültigen Antrag stellen und seine unter diesen Verhältnissen erlangte Zustimmung ist ungültig. Rabow (Berlin).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. S. (psych. Klinik und Irrenanstalt), Assistenzarzt, 1. September, 1500 Mark, freie Station. 2) Leipzig (Univ.-Irrenklinik), erster Assistenzarzt, „sofort oder später", 1800 M., freie Station. 3) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Assistenzarzt, August oder September; 1200 Mark, freie Station, Reisevergütung. 4) Die Kreisphysicate: Labiau (Königsberg), Ost-Priegnitz (Potsdam), Reichenbach (Breslau).

Ernannt. Dr. O. Binswanger in Berlin zum Director der psychiatrischen Klinik in Jena.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. Juli 1882. Nro. 14.

INHALT.

I. Originalien.

Ueber die prognostische Bedeutung der in den Verlauf einer Psychose fallenden Schwangerschaft.

Vom Herausgeber.

Der verstorbene Dick (Klingenmünster) hat auf der Wanderversammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Heppenheim am 2. Mai 1875 aus seinen Erfahrungen und statistischen Zusammenstellungen mitgetheilt, dass 1) von 22 früher geistig gestörten aber geheilten Mädchen nach ihrer Verheirathung nur 1 rückfällig wurde, (4,5%), während die anderen 21 geistig gesund geblieben sind, und dass 2) von 81 ebensolchen genesenen, aber ledig gebliebenen Mädchen 22 recidivirten (43,1%).

Seit diesem Vortrage hat die Lehre von der „Schutzkraft der Ehe“ fast allgemeine Gültigkeit gefunden.

Diese „Schutzkraft der Ehe“ liegt meiner Ansicht nach vornehmlich in ihrem sexuellen oder — um nicht missverstanden zu werden — in ihrem puerperalen Momente; nicht sowohl in der Befriedigung geschlechtlicher Triebe, als vielmehr in der durch Gravidität und Partus gewordenen Erfüllung des weiblichen Berufes, der Fortpflanzung des Geschlechtes zu dienen. Andere, mehr moralische Momente der Ehe mögen hier gewiss nicht zu unterschätzten sein in ihrer Mitwirkung bei der „Schutzkraft“; jenem lege ich aber das Hauptgewicht bei.

Schon Dick äusserte diese Anschauung in seinem Vortrage und seine mitgetheilten Zahlen sind sprechende Belege für dieselbe.

Er führt folgendes an.*) Von seinen 22 verheiratheten Jungfrauen wurden 20 Mütter = 90,9%; sie geben nur 4% Recidive. Unter den unverheirathet gebliebenen wurden einige mehrmals rückfällig, davon blieben genesen a) 2, welche nach der zweiten Entlassung heiratheten *und Kinder gebaren;* b) eine dritte, welche dann *zwei Kinder ledig gebar.* Sieben von dieser Categorie recidivirten 3 u. 4 Mal; davon genasen zwei und von diesen beiden ist ein Mädchen, welches 3 Mal in der Anstalt war, *niedergekommen* und dann erst gesund geblieben. Er schliesst seine Zahlenreihen mit folgenden Worten: „Die vorstehenden Ziffern beweisen jedenfalls, dass die Ehe für das weibliche Geschlecht ein Schutzmittel gegen Rückfall in früher überstandenen Psychosen ist, und dass *namentlich* die *puerperalen Processe* durchaus in dieser Hinsicht nicht in dem Maasse zu fürchten sind, in welchem es gemeinhin geschieht.“ Soweit Dick.

Dieser fast allgemein acceptirten Lehre von der eminent günstigen Beeinflussung des Seelenlebens früher geistig gestört gewesener Frauen durch später eintretende Gravidität und Partus steht jene andere Lehre diametral gegenüber, dass Gravidität und Partus die in den Verlauf einer Psychose incidiren, eine absolut infauste Prognose bedingen. Allerdings ist ja sofort darauf hin zu weisen, dass hier ein gewisser zeitlich differenter Ablauf vorliegt, insofern als bei den Fällen ersterer Categorie Gravidität und Partus eintraten, wenn die Psychose absolvirt ist, während in denen der zweiten die puerperalen Processe einfallen, während die Seelenstörung andauert. Damit ist aber weder für die eine noch die andere Lehre eine Erklärung gegeben, die mir überhaupt vor der Hand nicht möglich erscheint.

Wichtiger dünkt mir weiteres Material für die zweite Lehre von dem ungünstigen Einfluss einer in den Verlauf einer Psychose einfallende Gravidität beizubringen und zwar sowohl im Sinne, wie im Gegensinne derselben. Letzteres ist der Zweck dieser kleinen Arbeit, weil ich die Richtigkeit dieser Lehre bezweifle; und zwar einmal Angesichts der Analogie, dass gewisse fieberhafte acute Erkrankungen eine bestehende, oft gar schon für unheilbar erklärte Psychose zur Ge-

*) Allgem. Zeitschr. f. Psych. etc. XXXII. pag. 568 ff.

nesung führen, sodann besonders weil meine eigenen Erfahrungen mit dieser Lehre von der ungünstigen Prognose in directem Widerspruch stehen.

Der erste — soweit ich die Literatur übersehe — welcher sich in diesem Sinne geäussert hat, dass eine Psychose, in deren Verlauf Gravidität und Partus fallen, durch dieselbe jeder Aussicht auf Heilung verlustig werde, ist Ripping gewesen. Er sagt in seinem 1877 erschienen Buche*) im IV. Capitel, welches über die Prognose handelt pag. 52: „die Schwangerschaft vermindert die Aussicht auf Genesung nicht blos, wenn sie als causales Moment für die Entstehung der Psychosen wirksam wird, *sondern sie verschlechtert auch die Prognose wenn sie während einer schon bestehenden Psychose auftritt.* Noch mehr, es bieten die letzteren Psychosen, in deren Verlauf der Beginn der Schwangerschaft fällt, eine so schlechte Prognose, dass nur in seltenen Ausnahmsfällen überhaupt noch einmal eine volle Genesung erfolgt. Das höchste, was erreicht wird, ist eine wesentliche Besserung, in den meisten Fällen tritt dagegen psychische Schwäche ein. Von unseren (Siegburg) 8 theils im Wochenbett, theils in der Lactationsperiode psychisch Erkrankten, die während der Geistesstörung wieder schwanger wurden, ist denn auch gar keine genesen“.

Das heisst also die Prognose einer Seelenstörung, in deren Verlauf Schwangerschaft eintritt, ist eine *absolut* schlechte.

Ungefähr $1^1/_2$ Jahren später erschien das Buch von Dittmar, welches auf pag. 149 den ebenso kurzen wie bestimmten Satz enthält: „Eine in den Verlauf des Irreseins incidirende Conception mit nachfolgender Schwangerschaft determinirt fast ausnahmslos dessen Unheilbarkeit.“ Dittmar giebt diesem Aphorismus noch einen Nachdruck in folgender Anmerkung: „Ein sehr beachtenswerther Satz.“

Nun erschienen nach einander die Lehrbücher von Schüle und von Krafft-Ebing, ferner die gerade die Lehre von der Prognose so detaillirt behandelnde „Allgemeine Psychopathologie von Emminghaus — in keinem derselben war ein Wort über diesen „sehr beachtenswerthen Satz“ enthalten. Im Gegentheil, Krafft-Ebing sagt (pag. 212) das Schwangerschafts-, Puerperal- und Lactationsirresein endige in der Mehrzahl der Fälle mit Genesung! Anderweitig fortgesetzte Literaturstudien blieben erfolglos.

Schliesslich wandte ich mich direct an Dittmar und bat um Auskunft über diese Frage. Er antwortete mir und ermächtigte mich in liebenswürdigster Weise von seinem Schreiben jeden Gebrauch zu machen, für die ich ihm hier herzlich danke.

Er schreibt mir: „Auf den ungünstigen Einfluss der in ein bestehendes Irresein incidirenden Schwangerschaft bin ich zuerst in Siegburg aufmerksam geworden. Dort hatte man die Erfahrung gemacht, dass fast alle Fälle dieser Art — sie waren dort nicht selten — in die Pflegean-

*) Die Geistestörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden, Stuttgart, Enke 1877.

stalten abgemeldet werden mussten, weil die Form oder Dauer des Leidens schliesslich keine Heilung mehr versprach. Zu der Zeit als ich nach Siegburg kam, erfolgte, sobald das erwähnte Verhältniss feststand, Angesichts dieser Erfahrung sofort die Ablehnung der Aufnahme in die Heilanstall resp. die Abmeldung in eine Pflegeanstalt. — Damals konnte ich mich aus meiner psychiatrischen Praxis keines Falles erinnern, in welchem eine incidirende Schwangerschaft einen anderen als ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Psychose geübt hätte. Seitdem habe ich auf die Sache geachtet und die Siegburger Erfahrung auffallend bestätigt gefunden. Auch die scheinbar günstigsten Fälle werden durch den Eintritt einer Schwangerschaft verdorben, mag diese nun zu Beginn der Psychose oder in die sich anbahnende Reconvalescenz incidiren. Dass es von dieser Regel Ausnahmen gibt, habe ich seitdem auch erfahren, die Prognose ist also keine „absolut“ schlechte zu nennen. Doch sind, soweit *meine* Erfahrung reicht, diese Ausnahmen so selten, dass ich die Regel nicht anders zu formuliren wüsste, als es in meinem Buche geschehen ist.“

Dittmar construirt hier in sofern gegen Ripping einen Unterschied, als er mit der *absolut* ungünstigen Prognose, die jener annimmt, nicht übereinstimmt.

Dittmar hat dann die Güte mir noch folgende Literaturangabe zu machen, die ich hier bekannt geben will: „Ich wurde später auf eine Arbeit von Marcé aufmerksam in den Annales medico-psychol. 3e Série Tome III 1857 pag. 317 de l'influence de la grosesse et de l'accouchement sur la guérison de l'alienation mentale, welche gleichfalls auf die schlechte Prognose der intercurrirenden Gravidität für den Verlauf der Psychose aufmerksam macht.“

Mir war diese Arbeit nicht zugänglich und ich vermag also nicht anzugeben, wie Marcé seinen Ausspruch formulirt, namentlich ob er wie nach ihm Ripping für *absolute* oder wie Dittmar für *relative* Ungunst der Prognose sich erklärt. Jendenfalls aber scheint mir diese Arbeit ganz übersehen zu sein, denn ich wiederhole, dass ich in der deutschen Literatur über die vorliegende Frage ausser bei Ripping und Dittmar nichts gefunden habe.

Damit kann gesagt sein, die Sache ist so bekannt, so widerspruchslos, dass ihre Erwähnung überflüssig ist; oder aber den übrigen Autoren, ausser den zwei genannten, ist sie entgangen; oder sie hielten sie für sehr zweifelhaft.

Ich gestatte mir das letztere anzunehmen und darum die Anregung zu geben, dass die verehrten Collegen ihre Erfahrungen über diese „sehr beachtenswerthe“ Frage mittheilen mögen. Meine eigenen will ich hier folgen lassen.

Es sind vier Fälle, die ich hier in aller Kürze anführen will. Ein grosses Material wird ja wohl überhaupt hier nicht beizubringen sein, weil die Schwängerung einer Geisteskranken immer zu den Seltenheiten gehört. Um so beachtenswerther dürfte jeder derartige Fall sein.

I. Fall.

Wilhelmine C. ledig, 24 Jahre alt. Keine Blutsverwandtschaft der Eltern. Ein Bruder der Mutter ist geisteskrank gewesen. Im Winter 76 auf 77 entwickelte sich allmälig eine Seelenstörung, die von dem Hausarzte als „Mania sine delirio Dagonet“ bezeichnet wird. Sie kommt in ärztliche Behandlung, die ohne jeden Erfolg bleibt. Endlich reisst dem Vater der Patientin die Geduld, er greift zu einem Gewaltmittel: Er veranlasst den Bräutigam des Mädchens zum Coitus. Sie wird schwanger, macht später einen Selbstmordversuch, kommt im December 77 mit einem kräftigen Knaben nieder. Sie stillt das Kind selbst. Ich citire aus dem Bericht des Hausarztes weiter: „Die stattgefundene Geburt, das Säugen des Kindes, die nachher gereichten Mittel wie Morphium, Chloroform, Valeriana, Asa foetida, Ferrum, Bromkalium hatten nicht den geringsten Erfolg. Wenn schon Dagonet für diese Form des Irreseins eine schlechte Prognose stellt so wird sie dadurch noch ungünstiger, weil ein erbliches Moment vorliegt, indem ein Onkel an partieller geistiger Störung gelitten hat, dann, dass die Krankheit schon über 1 Jahr besteht.“

Am 2. Juli 1878 wird sie in unsere Anstalt aufgenommnn. Sie menstruirt wieder. Diagnose: Melancholia activa. Opiumbehandlung. August Gewichtszunahme + 7 Pfd., September + 5 Pfd., (October — 4 Pfd), November + 4 Pfd., December + 6, im Ganzen 18 Pfd. (von 110 auf 128). Vom August ab wurde sie ruhiger, schlief, begann zu arbeiten u. s. w. Am 28. December wurde sie als *vollkommen geheilt entlassen.* Sie ist es bis heute geblieben.

Es ist das ein für die von Ripping und Dittmar aufgestellte Lehre typischer Fall. Gravidität und Partus fallen in den Verlauf einer Psychose, einer gewöhnlichen uncomplicirten Melancholie, die nach der Entbindung der Patientin unverändert fortbestand. Es stellt sich aber kein ungünstiger Verlauf ein, sondern nach 6 monatl. Anstaltsbehandlung wird das Mädchen vollkommen geheilt entlassen.

Noch viel drastischer ist der folgende Fall.

II. Fall.

Helene B., verheirathet, 24 Jahre alt. Ueber Heredität nichts bekannt. War seit Herbst 1873 in der Privatanstalt zu K. und wurde im Juli 1874 als unheilbar von dort entlassen. Aufenthalt in ihrer Familie. Zunahme der Erregung. December 1874 Aufnahme hier. Sie ist gravida. Form: Hallucinatorische Verrücktheit. Sie wird am 4. Mai 1875 entlassen, um zu Hause ihre Niederkunft zu absolviren. Nachdem das geschehen, wird sie am 8. Juni desselben Jahres wieder hierher gebracht. Geistig derselbe Zustand wie zuvor, bleibt auch so in unveränderter Weise bis December 1876. Da beginnt sie mit einem Male sich fleissig und mit Ausdauer zu beschäftigen. Von da an entwickelt sich die Reconvalescenz. Am 13. Mai 1877 wird sie als vollständig genesen entlassen. Seitdem ist das Geschäft ihres Mannes zurückgegangen, ihre früheren guten Verhältnisse sind arg reducirt, sie hat viel Ungemach und Kummer über sich ergehen lassen müssen, schliesslich ist ihr Mann noch Potator geworden, hat sie misshandelt — trotz alledem ist sie geistig gesund geblieben.

Es sind ja ausserordentlich seltene Fälle, dass eine hallucinatorische Verrücktheit zur Genesung kommt, und die ohnehin schlechte Prognose des vorstehend mitgetheilten Falles hätte, wenn Ripping und Dittmar Recht hätten, gewiss durch die intercurrirende Gravidität

und Geburt noch schlechter werden müssen. Es tritt aber trotz dieses Zwischenfalles noch Genesung ein, und zwar eine Genesung von ausserordentlichem Bestande.

III. Fall.

Frl. W. wird mit 17 Jahren verlobt, wahrscheinlich gegen ihre Neigung. Sehr bald entwickelt sich eine Melancholie, die während des Brautstandes und über die Hochzeit andauert. Auf der Hochzeitsreise eine sehr heftige Haemorrhaghie. Die Melancholie soll plötzlich in Tobsucht umgeschlagen sein. Die junge Frau wird auf den Eichberg (Director Dr. Graeser) gebracht, wird dort in der Anstalt von einem Knaben entbunden und nach 17 monatlichem Aufenthalt genesen entlassen. Auch in diesem Falle war die Genesung von grosser Dauerhaftigkeit und nicht zu erschüttern. Von den Kindern dieser Frau wurde Nro. 1 (in der Irrenanstalt geboren) Knabe im Alter von 16 Jahren geisteskrank (period. Manie). Nro. 2, Mädchen jetzt 21 Jahre alt, ist gesund geblieben. Nro. 3. Mädchen, jetzt 19 Jahre alt, periodische Manie, schon zweimal in unserer Anstalt gewesen. Nro. 4 und 5 Mädchen, haben beide Chorea minor. Um das seelische Gleichgewicht der Frau schliesslich auf die äusserste Probe zu stellen, tritt bei dem Gatten noch Geistesstörung auf. Auch das hat sie glücklich überstanden.

IV. Fall.

Frl. Emma L. von einer hysterischen Mutter stammend, kommt mit 21 Jahren an Tobsucht leidend in unsere Anstalt (1855). Nach 6 Monaten genesen entlassen. Nach 2 Jahren verlobt sie sich, und macht in ihrem Brautstand eine zweite aber gelinde tobsüchtige Erregung durch, während welcher sie einige Zeit in einer Kaltwasserheilanstalt zubringt. Nach völliger Beruhigung Heirath. Drei Monate nach derselben dritter Tobsuchtsanfall, der sie wieder 7 Monate in unsere Anstalt bringt. Ein Jahr und 8 Monat nach der Entlassung beginnt ein vierter Anfall, dessen erste Monate sie zu Hause bleibt. Conception und Gravidität, die Tobsucht steigert sich, die Kranke wird wieder in die Anstalt gebracht und kommt in derselben nach 5 Monaten mit einem Mädchen nieder. Es tritt Genesung ein die zwei und ein halbes Jahr andauert. Dann bricht der fünfte Anfall von Tobsucht aus, in dem sie nach kurzer Zeit zu Grunde geht.

Fälle im Sinne der Ripping'schen und Dittmar'schen Lehre habe ich niemals beobachtet.

Zum Schluss gestatte ich mir noch eine Bemerkung, die zwar nicht genau zum Titel dieser Arbeit passt, die sich aber wohl an die aus der Dick'schen Lehre stammende Praxis anschliesst und zwar ihr gegenübertreten soll. Die Anhänger der Lehre von „der Schutzkraft der Ehe" säumen nicht die Frage: „darf das Mädel heirathen, wenn es bei uns gewesen ist" mit einem überzeugten „**Ja**" zu beantworten. „Es darf getrost geheirathet werden: 22 gegen Eins und zu dieser einzigen Niete gehört ein halber Lump als Mann" antwortete Dick. Ich muss gestehen, ich halte eine derartige Antwort für etwas kurzsichtig, weil ich meine, der Irrenarzt soll seinen Blick weiter gehen lassen als auf das eine vor ihm stehende Individuum. Wir sind doch alle weit vorgedrungen in der Werthschätzung der hereditären Disposition und Vererbung, und die Prophylaxe des Irreseins ist eine unserer vornehmsten therapeutischen Bestrebungen, sie sollte es wenigstens sein. Wenn wir der Vererbung bedingungslos den grossen

Einfluss auf die Entstehung der Psychosen zuschreiben, den sie thatsächlich hat, dann müssen wir überall und immer auf dem Posten stehen, um ihr die Zuflüsse abzugraben und um sie im Entstehen auszurotten. Die Frage von der Ueberbürdung der Schüler, mag man sie so übertrieben auffassen, wie Hasse, mag man sie so verächtlich bei Seite werfen wie der Herr Minister von Puttkamer; die Bestrebungen der Vereine zur körperlichen Pflege der Jugend; die Kämpfe gegen den Alkoholismus — den man allerdings ebenso wenig mit biblischer Weisheit, wie mit Polizei-Verordnungen aus der Welt schafft — und vieles Andere sind psychiatrisch-prophylaktische Bestrebungen erster Ordnung, denen wir alle mit Eifer obliegen. Und auf der andern Seite soll einem geisteskrank gewesenen, allerdings geheilten Mädchen die Heirath empfohlen werden, weil darin für sie ein Schutz gegen Recidive erblickt wird? Ist denn die Gefahr, dass sie ihrem Kinde den Keim zu Neurosen und Psychosen aller Art und Form übertragen kann nicht mehr vorhanden? Ich brauche nicht auf meinen oben mitgetheilten III. Fall zu verweisen, bei dem sich die Schutzkraft der Ehe allerdings glänzend bewährt hat, bei dem aber die „geschützte“ Mutter von 5 Kinder 4 gebar mit geistigen und nervösen Gebrechen; jeder Irrenarzt hat an solchen Erfahrungen keinen Mangel. Darum möchte ich nicht anstehen die Lehre von der „Schutzkraft der Ehe“ für eine höchst gefährliche zu erklären und vor ihrer praktischen Befolgung Angesichts der grossen Gefahr, die sie für die Nachkommen der „Geschützten“ in sich birgt, warnen.

II. Referate.

363) **Dreschfeld** (Manchester): Pathological contributions on the course of the optic nerve fibres in the brain. (Pathologische Beiträge zum Verlauf der Opticusfasern im Gehirn. (Brain, Januar u. April. 1882.)

Verf. theilt die Krankengeschichten und Sectionsbefunde von 3 Fällen mit, welche ihm für die Richtigkeit der Lehre von der Semidecussation der Opticusfasern zu sprechen scheinen.

I. Ein 40 jähriger Tischler, der niemals an Syphilis, Gicht oder Rheumatismus gelitten, auch nicht Potator war, hatte in den letzten 2 Jahren wegen Kopfschmerzen, Schwindel, Doppeltsehen und zunehmender Schwäche der linken Seite nicht mehr arbeiten können. Eine Woche vor der Aufnahme hatte er an einem Tage drei ausgesprochene epileptische Anfälle; auch war Fieber eingetreten und das Gedächtniss schwächer geworden.

Status praesens. Kräftig gebauter Mann mit ängstlichem Gesichtsausdruck. Linksseitige Parese des Facialis; linker Arm kälter und blässer als der rechte, in der Peripherie um $^1/_4$ Zoll kleiner. Händedruck links abgeschwächt. Häufige Zuckungen der ganzen linken Oberextremität, mit Freibleiben der Hand. Linkes Bein schwächer als das rechte, spasmodische Bewegungen geringeren Grades als im

Arm. Das l. Bein wird beim Gehen geschleppt. (Ueber das Verhalten der Sehnenphänomene wird bemerkt: „Der Patellarsehnenreflex ist rechterseits sowohl an der oberen als an der unteren Extremität erheblich gesteigert“; hier liegt offenbar ein Lapsus calami vor, den der geschätzte Autor wohl bei Gelegenheit corrigiren wird.) Electrische Contractilität auf beiden Seiten normal. — Totale linksseitige Hemianästhesie, Muskelgefühl und Drucksinn auf der linken Seite erhalten. Kein Schwanken beim Gehen und Stehen mit geschlossenen Augen. Pupillen gleich und normal beweglich. Complete linksseitige Hemianopsie in beiden Gesichtsfeldern. Das centrale Sehen normal; ophthalmoskopisch nichts Auffälliges. Geruch und Geschmack normal. Gehör beiderseits schlecht, aber schon seit langer Zeit. Urin normal. Bei der *Diagnose* wurde mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Tumor in der Gegend des Thalamus, mit Betheiligung des hinteren Theiles der inneren Kapsel und des Tractus opticus der rechten Hirnhälfte angenommen.

Bemerkenswerth ist, dass die Hemianästhesie durch Anwendung eines Electromagneten dauernd gebessert wurde, während die Hemianopsie sich gleich blieb. Der Kranke wurde im weiteren Verlaufe psychisch schwächer, zeitweilig erregt, die Lähmung nahm zu, indem gleichzeitig die Zuckungen nachliessen. Am 5. Septbr. 1880, fünf Monate nach der Aufnahme, erfolgt der Tod.

Bei der *Section* fand sich ein nicht genau begrenzter Tumor, welcher von dem hinteren Theil der innern Kapsel ausgehend sich auf den Sehhügel, Linsenkern und den vorderen rechten Theil der Vierhügel erstreckte. An der Basis war der rechte Tractus opticus etwas abgeflacht und erweicht. Die linke Hemisphäre erwies sich vollkommen normal. In Medulla und Rückenmark fand sich deutliche absteigende Sclerose. Histologisch war der Tumor als ein Sarkom charakterisirt.

II. Eine 50jährige, an Mitralstenose und chron. Nephritis leidende Frau erlitt einen apoplektischen Anfall mit Bewusstlosigkeit und nachfolgender Aphasie und linker Hemiplegie mit Herabsetzung der Sensibilität auf der gelähmten Seite. Weiterhin fand sich linksseitige Hemianopsie bei normalem Augenhintergrund und gutem centralen Sehen. Uebrige Hirnnerven und Sinnesorgane intact. Sehnenreflexe auf der gelähmten Seite etwas gesteigert. Vierzehn Tage später starb die Frau sehr rasch, nachdem sie vorher über Schwindel geklagt hatte und in Coma verfallen war. Die *Diagnose* lautete: Hämorrhagie im rechten Thalam. opt. mit Betheiligung der inneren Kapsel. Bei der *Autopsie* fand sich eine frische Hämorrhagie an der unteren Oberfläche des rechten Kleinhirnlappens. Ferner 2 runde, 1 Centimeter im Durchmesser grosse Hämorrhagien im Centrum ovale der rechten Grosshirnhemisphäre, entsprechend der vordern Centralwindung, eine andere kleinere Hämorrhagie etwas weiter nach hinten, der hintern Centralwindung entsprechend, eine weitere kleinere Hämorrhagie am hinteren oberen Ende des Sehhügels. Die Vierhügel, corp. geniculata, Tractus opticus, sowie die innere Kapsel und Hirnrinde waren intact.

Verf. bezieht die Hemiplegie auf die Herde im Centr. ovale, während die Hemianopsie durch die Blutung im Sehhügel bedingt war. In diagnostischer Hinsicht bemerkt er noch, dass in diesem Falle die Pupillen normal reagirten, und dass die Ansicht, dass die Reflexbewegungen der Iris weder in der Rinde noch im Thalamus, sondern vielmehr in den vorderen Vierhügeln ihren Sitz haben, bestätigt wird.

III. Ein 52 jähriger Bleigiesser, der früher an Gicht und Bleikolik gelitten hatte und ausserdem die Erscheinungen einer chronischen Nephritis (Schrumpfniere) darbot, hatte einen Monat vor der Aufnahme rasche Abnahme der Sehkraft, zuerst im linken Auge, dann beiderseits bemerkt. Einige Tage später wurde er plötzlich linksseitig gelähmt, ohne dass ein apoplectiformer Insult vorausgegangen wäre. Bei der Aufnahme fand sich etwas Oedem an den Augenlidern, beiden Beinen und am linken Arm. Schlaffe linksseitige Hemiplegie mit totaler Hemianästhesie, die genau bis zur Mittellinie des Körpers geht. Vollständige linksseitige Hemianopsie mit totalem Verlust des Farbensinns. Sehnenreflexe fehlten beiderseits, Plantar-, Abdominal- und Cremasterreflex rechts normal, links abwesend. Retinitis albuminurica, Pupillen etwas erweitert, reagiren träge. Electrische Contractilität der linksseitigen Muskeln herabgesetzt. (? Ref.) Herzhypertrophie, geringe Albuminurie. Ziemlich 6 Monat später starb Pat. in Folge einer Wiederholung der Hirnhämorrhagie. Die *Section* ergab eine ausgedehnte Hämorrhagie im Innern der rechten Hemisphäre, welche die Basalganglien beträchtlich verletzt und den Ventrikel erweitert hatte. Der Ausgangspunkt der Blutung liess sich auch nach der Härtung des Gehirns nicht ermitteln. Die Hirnrinde, sowie der Tract. opticus und die corp. geniculata waren vollständig intact. Secundäre Degeneration war nicht vorhanden.

Dieser Fall ist für die genaue Localisation der Hemianopsie wegen der grossen Ausdehnung der zweiten Blutung nicht zu verwerthen, spricht aber, wie die übrigen Fälle, für die Semidecussation im Tract. opticus. Pierson (Dresden).

---

364) **David Ferrier** (London): Gliome of the right optic thalamus and corpora quadrigemina. (Gliom des rechten Thal. opt. und der Vierhügel.) (Brain, April 1882.)

Die in der Ueberschrift genannte Neubildung nahm hauptsächlich den rechten Sehhügel und die rechte Hälfte der Vierhügel ein, hatte aber auch auf die innere Kapsel, den Linsenkern, sowie die Regio subthalamica und die Haube des Hirnschenkels übergegriffen. Der Hirnschenkelfuss und der Locus niger waren noch deutlich erkennbar. Der durch die Tumormasse stark vergrösserte Thalamus comprimirte den lobus quadratus des Kleinhirns, wodurch dann wieder der lobus semilun. inferior an die Med. oblong. gedrückt wurde. Die Hirnwindungen waren etwas abgeflacht, an den Hirnnerven und den Meningen fand sich nichts Auffälliges.

Der Beginn der Krankheit datirte von einem vor 4 Jahren erlittenen Fall auf dem Eise. Es schlossen sich hieran in unregelmäs-

sigen Zwischenräumen Krampfanfälle, die mehrere Stunden andauerten und von Erbrechen begleitet waren. Nach 2 solchen Anfällen im November 1880 war das rechte Auge nach innen gerollt und blieb so 6 Wochen lang, wodurch Diplopie entstand. Kurz darauf fing Pat. an, beim Gehen zu schwanken, besonders nach der linken Seite zu; der linke Arm wurde schwach und unbeholfen. Es traten gelegentlich Kopfschmerzen und Gefühl von Taubheit im l. Arm ein.

Bei der Aufnahme, Mai 1881 zeigte der 14 jährige Knabe folgende Erscheinungen:

Schmerzen im Hinterkopf auf Druck und Percussion. Lateralbewegung der Augen gehemmt, besonders nach links; Neigung zu Nystagmus. Convergenzbewegung der Augen gänzlich aufgehoben. Die übrigen Augenbewegungen erhalten. Arme frei beweglich, aber links erheblich schwächer; linke Hand zittert bei intendirten Bewegungen; Beine in der Bettlage gut beweglich, das linke aber schwächer als das rechte. Bei Gehversuchen wird der l. Fuss hoch erhoben und ataktisch vorwärts geschleudert. Gehen nur mit Unterstützung möglich. Sehnenreflexe erhalten, links excessiv gesteigert. Fussclonus links. Die übrigen Reflexe erhalten, aber links schwächer, mit Ausnahme des Cremasterreflexes, der beiderseits gleich ist. Berührungssensibilität auf der ganzen linken Seite etwas herabgesetzt, Schmerzempfindung normal. Das Gehör linkerseits bedeutend abgeschwächt. Uebrige Sinnesfunctionen normal. Pupillen beiderseits gleichweit, reagiren auf Lichteinfall, contrahiren sich aber bei Accomodationsversuchen nicht. Neuritis optica duplex. Intelligenz ziemlich normal.

Im weiteren Verlauf entwickelte sich linksseitige Hemiplegie mit Anästhesie und Analgesie. Krampfanfälle, mehr tonischen Charakters, traten häufig in sämmtlichen Extremitäten ein. Zunehmender psychischer Verfall. Tod am 27. Juli 1881.

Verf. hatte einen Tumor in der rechten Kleinhirn- resp. Ponshälfte diagnosticirt. Pierson (Dresden).

---

365) **Buzzard** (London): On ophthalmoplegia externa, in conjunction with tabes dorsalis, with some remarks on gastric crises. (Ueber combinirte Augenmuskellähmung bei Tabes, nebst einigen Bemerkungen über gastrische Krisen. (Brain, April 1882.)

Die eine dieser beiden Beobachtungen ist durch den Sectionsbefund und eine sehr genaue mikroskopische Untersuchung, von dem bekannten Forscher Bevan Levis herrührend, vervollständigt. Die andere betrifft eine noch lebende 25 jährige Frau, welche früher secundär syphilitisch gewesen war. Mit Ausnahme des Rectus infer. rechts, und des rectus extern. links waren sämmtliche Augenmuskeln, einschliesslich der Levatores palpebr. gelähmt. Es bestand ferner eine ziemlich bedeutende Atrophie verschiedener Rumpf- und Halsmuskeln. Die tabischen Erscheinungen waren deutlich entwickelt und die Pat. litt ausserdem an häufigen, sehr heftigen gastrischen Krisen. Die antiluetische Behandlung blieb im Wesentlichen erfolglos.

Der zweite Fall betraf einen 36 jährigen, nicht luetischen Militär.

Die Augenmuskellähmung war nahezu complett, die Symptome der Tabes deutlich vorhanden. Ausser der typischen grauen Degeneration der Hinterstränge fanden sich mehrere miliare Hämorrhagien in den beiden Abducenskernen und deren Wurzelfasern.

Pierson (Dresden).

---

366) **William H. Morrison:** Nerve Stretching. Stretching of the musculo-cutaneous, median, ulnar, internal cutaneous, lesser internal cutaneous and musculo-spiral nerves for traumatic neuralgia of the forearm and hand. (Nervendehnung etc.) (Philadelphia medic. Times 1882. II. 11.)

Aus dieser Nachschrift eines klinischen Vortrages von Prof. John Ashurst an der Pennsylvanischen Universität erfahren wir, dass derselbe schon mehrmals die Nervendehnung vorgenommen hat, einmal die des Radialis wegen Neuralgie, ohne Erfolg; des Medianus bei traumatischer Neuralgie, mit Erfolg; bei Tetanus ohne Erfolg. Die Dehnung der im Titel angeführten Nerven wurde bei einem Matrosen vorgenommen, der von einem schweren Sturze heftige neuralgische Schmerzparoxysmen bei Atrophie und Anaesthenie des linken Vorderarmes und der linken Hand davongetragen habe. Ueber den Erfolg konnte bei der Kürze der Zeit, welche bis zur Veröffentlichung des Berichtes verflossen war, noch keine genügende Angabe gemacht werden. Karrer (Erlangen.)

---

367) **E. H. Jacob** (London): Report of a case of anosmia. (Ein Fall von Verlust des Geruchs.) (The Lancet 1882. V. 13.)

Verf. erzielte bei einer Frau, welche nach einem Falle auf den Hinterkopf seit einigen Jahren das Riechvermögen verloren hatte, durch den Gebrauch von Jodkalium und des constanten Stroms beinahe völlige Heilung.

Karrer (Erlangen).

---

368) **Hugh P. Dann:** Paracentesis cranii in cases of hydrocephalus. (The Lancet 1882. V. 13.)

Verf. empfiehlt wieder die Punction bei acutem oder chronischem Hydrocephalus der Kinder und verspricht sich günstige Erfolge von derselben. Er beschreibt das Operationsverfahren und gibt eine Bezugsquelle für ein Aspirationsinstrument an. Karrer (Erlangen).

---

369) **Hendric Lloyd** (Philadelphia): A case of severe concussion of the brain simulating fracture of the base of the skull, recovery. (Philadelphia med. Times 1882. II. 11.)

Der Aufsatz enthält den Bericht über den Krankheitsverlauf eines Mannes, der nach einem Sturze von der Leiter aus 24 Fuss Höhe 2 Wochen lang an schweren Hirnsymptomen darniederlag, dann aber allmählich sich besserte und schliesslich genas. Dies letztere bildet für Verf. besonders den Grund zur Entscheidung gegen Knochenbruch. Karrer (Erlangen).

---

370) **Hugo Engel:** On obscure form of syphilitic affection of the brain. (Ueber eine versteckte Form von Hirnsyphilis.) (Philadelph. med. Times 1882. 22. April.)

Im Anschluss an drei mitgetheilte Fälle, bei welchen die luetische Affection des Gehirns sich in apoplectiformen Anfällen äusserte,

bespricht Verf. die Diagnose, Prognose und Theraphie der Hirnsyphilis. Das Alter der Patienten, die Abwesenheit aller anderen Organerkrankungen, das beinahe unvermittelte Auftreten der Anfälle, nachdem in der Regel nur leichte Kopfschmerzen einige Zeit vorangegangen waren, müsse beim Arzte den Verdacht auf Lues erwecken. In weiter entwickelten Fällen treten die Anfälle in Gruppen auf, zwischen welchen freie Zwischenzeiten liegen; die Haut der Stirn und der Augengegend zeigt sich gelblichbraun gefärbt, man findet geschwellte Nackendrüsen. Verf. beschreibt dann genau seine Methode der antisyphilitischen Behandlung, eine Combination von Jodkalium und Mercurgebrauch. Von den geschilderten drei Kranken sind zwei genesen, der dritte, welcher höchst unregelmässig die Kur gebrauchte, starb in einem Anfalle.

Schliesslich lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf eine von ihm mehrfach gemachte Beobachtung. Er glaubt bemerkt zu haben, dass solche Kranke, welche nach dem Verschwinden der specifischen Symptome noch während des Weitergebrauchs von Jodkalium rasch dick werden, nur noch eine kurze Lebensdauer vor sich haben und in der Regel in ein paar Jahren sterben. Die meisten dieser Kranken waren Gewohnheitstrinker, doch keine Säufer. Verf. dringt daher bei Luetischen bestimmt auf völlige Enthaltsamkeit von Spirituosen.

Karrer (Erlangen).

---

371) **P. J. Möbius** (Leipzig): Die Nervosität. (Leipzig 1882. Illustrirte Gesundheitsbücher. Verlag von J. J. Weber.)

Obgleich wir, auf Erfahrung gestützt, grundsätzlich der Ansicht huldigen, dass populäre medicinische Bücher — mit Ausnahme von hygieinischen Wegweisern und Anleitungen zur Rettung in dringender Lebensgefahr — mehr Unheil als Nutzen bringen, haben wir das Werkchen von Dr. Möbius mit wahrer Freude und Genugthuung gelesen und empfehlen es aufs wärmste nicht so sehr den Laien, als vielmehr den Berufsgenossen, welche den hauptsächlich durch Bouchut's und Beard's Arbeiten angeregten Gegenstand in bündiger und anziehender Form kennen lernen wollen.

In der Einleitung bespricht der Verf. Grundfragen: was ist Nervosität und ihr Verhältniss zu anderen Neurosen. Der erste und grösste Abschnitt beschäftigt sich sehr eingehend mit den Ursachen der Nervosität. Wir können das hier Angegebene ohne Zögern unterschreiben; glauben aber bei unseren jetzigen socialen Einrichtungen nicht, dass dieser Abschnitt, auch wenn er in die besten und berufensten Laien-Hände gerathen sollte, für die Gesellschaft praktischen Nutzen nach sich ziehen wird. Im zweiten Abschnitt finden wir die Erscheinungen der Nervosität in physiologischer Reihenfolge besprochen. Der Passus, Seite 75: „Das Weib verhält sich im allgemeinen passiv. Es herrscht in ihm das Gefühlsleben vor, die Intelligenz ist, wenn vielleicht auch von vorherein der männlichen ebenbürtig, wenig entwickelt, insbesondere tritt das Vermögen der Begriffe, die Vernuft zurück“ wird schwerlich bei den Damen freundliche Aufnahme finden. Im dritten und letzten Abschnitte bespricht der Verf. die Behandlung der Nervosität und zwar

sowohl prophylactisch als auch mit Massregeln zur Bekämpfung der schon vorhandenen Zustände. Was wir hier finden, basirt durchgehends auf richtiger Erkenntniss der Krankheit und ihrer Ursachen und hauptsächlich auf Erfahrung. Dománski (Krakau).

---

372) **G. M. Beard:** American Nervousness, its causes and consequences, a supplement to nervous exhaustion (Neurasthenie). (New-York, 1881. 8° XXII. 346.)

Ein neues Buch Beard's möchte ich den Lesern des Centralblattes mit einigen Worten anzeigen. Dasselbe handelt von der „amerikanischen Nervosität.“ Es gelangte durch die Freundlichkeit des Verfassers in meine Hände und zwar eben, als mein Buch „die Nervosität“ versendet wurde. Dieses ist demnach unabhängig von jenem entstanden. Wenn ich trotzdem in allen wesentlichen Punkten mit B. übereinstimme, so dürfte dies für die Richtigkeit unserer Anschauungen sprechen.

Die „amerikanische Nervosität“ soll eine Ergänzung der „Neurasthenie“ (übersetzt von Neisser, vergl. Centralblatt 1881 Nro. 13.) sein. In letzterem Buche war absichtlich die Aetiologie weggelassen als spezieller Darstellung bedürftig. Das neue Buch ist wesentlich Aetiologie. Es unterscheidet sich von jenem ferner dadurch, dass es nicht nur die Neurasthenie im engeren Sinne, sondern alle Formen nervöser Reizbarkeit und Schwäche ins Auge fasst und dass es von mehr „philosophischem“ und populärem Charakter als jenes ist, welches sich ausschliesslich an den Fachgenossen wandte. Auf anderen Gebieten „populärer Medicin“ handelt es sich meist darum, das, was in den Fachbüchern steht, verwässert und verballhornt den Laien vorzutragen, wenn sich aber bei der Nervosität der Autor nicht nur an die Fachgenosssen, sondern von vornherein an diese *und* alle wissenschaftlich Gebildeten wendet, so geschieht es wegen der Natur der Sache, welche eine solche Darstellung erlaubt und fordert. Auszuschliessen von ihr sind nur die Differentialdiagnose und die ärztliche Behandlung, alles übrige geht die Gesellschaft ebensowohl als den Arzt an. Die Nervosität gehört in die Sociologie so gut als in die Pathologie.

B. definirt zunächst die Nervosität als Mangel an Nervenkraft und will sie unterschieden wissen von der geistigen Undisciplinirtheit, dem Ueberwiegen des emotiven Elementes über das intellectuelle („Brainlessness“), welche mit einem robusten Nervensystem zusammen bestehen könne, die Ursache der Tanzepidemien etc. und das Wesen der Hysterie sei. Anzuerkennen ist jedenfalls, dass B. hier wie anderwärts sich aller physiologischen Speculationen und Localisationsversuche enthält. Gegen derlei Bestrebungeu, z. B. gegen die Beziehung gewisser Formen der Neurasthenie auf eine Affection der Stirnlappen, muss ich mich entschieden aussprechen, das heisst ignotum per ignotius erklären. Dagegen widerstreitet die scharfe Trennung, welche B. zwischen Hysterie und Neurasthenie statuiren möchte, den Thatsachen. Abgesehen von den Fällen gemischter Natur beweisst die Umformung der einen Störung zur andern durch Vererbung ihre Wesensgleichheit. Auf dem Gebiete der Neurosen giebt es überhaupt nur fliessende Unterschiede.

Amerikanische Nervosität beschreibt B., weil nach seiner Ansicht in keinem andern Lande die Nervosität so ausgeprägt und allgemein auftritt, weil nirgends ihre Hauptursachen sich so deutlich nachweisen lassen, als dort. Als dem nervösen Amerikaner charakteristisch schildert er die Empfindlichkeit gegen Alkohol und andere Stimulantia, sowie gegen Droguen. Der verbreiteten Dipsomanie auf der einen Seite steht die erzwungene Temperenz auf der andern gegenüber. Germanisches Trinken ist dem civilisirten Amerikaner nicht möglich. Die Dosen der Medicamente haben verkleinert werden müssen; eine Medicin, die ein englischer Arzt verschreibt, ist oft einem Amerikaner zu stark. Durstlosigkeit ist ein weiterer Charakterzug, Empfindlichkeit der Verdauungsorgane ist weit verbreitet, für letztere spricht die beträchtliche Abnahme des früher allverbreiteten Schweinefleischessens. Das Nahrungsbedürfniss überhaupt ist gering. Dyspepsie kann geradezu als amerikanische Krankheit bezeichnet werden. Kurzsichtigkeit und Sehschwäche wachsen rapid. Der hohen Ausbildung der amerikanischen Zahntechnik entspricht die allgemeine Schlechtigkeit der amerikanischen Zähne. Frühzeitige Kahlköpfigkeit, Empfindlichkeit gegen Temperaturunterschiede, Häufigerwerden des Diabetes und gewisser Nierenaffectionen, gewisser catarrhalischer Leiden sind Zeichen der Zeit. Die zarte Schönheit amerikanischer Frauen, ihre Disposition zu Trance, ihre Abneigung gegen grelle Farben, die zunehmenden Beschwerden bei den physiologischen Vorgängen der Pubertät, der Involution und der Geburt, die verbreitete Unfähigkeit zu stillen, die zahllosen Uterinkrankheiten, alles das beweist die Nervosität des weiblichen Geschlechtes. Die amerikanische Sprechweise, die gesteigerte Stimmhöhe, die Häufigkeit hypnotischer Zustände, das Zunehmen asthenischer Krankheitsformen werden weiter genannt.

Die von B. als für Amerika charakteristisch geschilderten Erscheinungen mögen in der That dort noch verbreiteter sein als bei uns, doch für den aufmerksamen Beobachter, für den Arzt, welcher den Kranken nicht nur im Bett, sondern auch in der Gesellschaft sieht, liegt es auf der Hand, dass mehr und mehr auch unsere Zustände den amerikanischen ähnlich werden. Beispielsweise nimmt entschieden die Empfindlichkeit gegen Alkohol zu und wächst, wenigstens in den höheren Klassen, die Enthaltsamkeit. Prof. Credé sagte mir, dass etwa ein Drittel unserer Damen zu stillen fähig sei.

Als Hauptursache der Nervosität bezeichnet B. die moderne Civilisation, welche charakterisirt ist durch die Dampfkraft, die periodische Presse, den Telegraphen, die Wissenschaften, die geistige Thätigkeit der Frauen. Civilisation ist der eine constante Factor, ohne welchen Nervosität nicht oder nur in geringem Grade bestehen kann, welcher die Nervosität nothwendig bewirkt. Secundäre und tertiäre Ursachen sind Klima, bürgerliche, politische, religiöse, geschäftliche Institutionen, persönliche Gewohnheiten und Passionen. Sie haben an sich nicht die Kraft nervös zu machen, sondern wirken in und mit den Einflüssen der modernen Civilisation. Eine electrische Maschine von bestimmter Pferdekraft kann eine bestimmte Anzahl Lampen leuchten

lassen, welche sich berechnen lässt, werden aber mehr und mehr Lampen in den Kreis eingefügt, so versagt schliesslich die Kraft der Maschine. So hat das menschliche Nervensystem eine zwar veränderliche aber bestimmte Kraft, werden immer neue Functionen von ihm gefordert, wie dies durch die moderne Civilisation geschieht, so kommt früher oder später eine Zeit, wann die Kraft versagt. Die Lampen leuchten ungenügend und unstät, schliesslich löschen sie aus. In geistreicher Weise bespricht nun B. die wesentlichsten Momente, welche hier in Frage kommen, und zwar die unvermeidlichen Gefahren der fortschreitenden Arbeitstheilung, die Nothwendigkeit der Pünktlichkeit, den telegraphischen Verkehr, den Städtelärm, das Eisenbahnreisen, die rapide Verbreitung neuer Ideen, das Geschäftsleben, das Börsentreiben, die gesteigerte Empfänglichkeit für Kummer und Sorgen, eigene wie fremde, gegenwärtige und zukünftige, die Nothwendigkeit sich zu beherrschen, das Familienleben, die politische und religiöse Freiheit, die Wahlen, welche alle bestehenden Verhältnisse verschieben, das Sectenwesen (Protestantismus ist eine Ursache der Nervosität, sagt B.). Alles dies erörtert B. mit Bezug auf amerikanische Verhältnisse, es findet in der Hauptsache aber auch auf die unsrigen Anwendung. Sehr anziehend ist eine Gegenüberstellung des antiken und des modernen Lebens, welche den Schluss dieses Abschnittes bildet. Weiter findet das nordamerikanische Klima mit seinen Extremen in Hitze und Kälte, mit seiner trockenen Luft ausführliche Besprechung. Als Gelegenheitsursachen der Nervosität betrachtet B. die Excesse, sei es der Hirn- oder Rückenmarksthätigkeit, die Excesse in Arbeit und Leidenschaft, in Genuss aller Art. Diese aber vermögen, wie B. besonders betont und durch den Hinweis auf uncivilisirte Völker erläutert, nur bei der durch die modernen Lebensgewohnheiten, resp. das Klima geschaffenen Prädisposition wirksam zu werden.

Das folgende Kapitel behandelt in eingehender und z. Th. origineller Weise die bekanntlich statistisch erwiesene Langlebigkeit der Gehirnarbeiter gegenüber den Muskelarbeitern, die relative Langlebigkeit der Nervösen, endlich die Thatsache, dass die energischste Gehirnthätigkeit mit der Zeit höchster Entwicklung des übrigen Organismus zusammen fällt, das jeder dass höchste, was er intellectuell leistet, zwischen dem 25. und 45. Jahre leistet.

Das letzte Kapitel ist überschrieben: die physische Zukunft des amerikanischen Volkes. Das Interessanteste in ihm sind die Forderungen, welche B. an eine Reform der Erziehung stellt. So radical seine bez. Anschauungen und seine Verurtheilung des heutigen Unterrichtssystems erscheinen, so bringt er doch viel Treffendes zu Tage. Ich mache Jeden, welcher sich vom ärztlichen Standtpukte aus mit der Erziehungsfrage beschäftigt, speziell auf diesen Abschnitt aufmerksam.

Wenn ich auch Beard darin beistimme, dass ich mit ihm in der modernen Civilisation die erste prädisponirende Ursache der Nervosität sehe, so finde ich doch, dass er die Gelegenheitsursachen zu sehr in den Hintergrund stellt. Eine ausführlichere Berücksichtigung

derselben scheint mir besonders im praktischen Interesse zu liegen. Ich vermisse ferner in dem Buch ein Kapitel über die Erblichkeit, dieselbe wird nur gelegentlich flüchtig erwähnt.

Die Lectüre des B.'schen Werkes ist eine angenehme Aufgabe. Die Sprache ist glatt und klar, stellenweise schwungvoll. Es weht durch das Ganze der Hauch selbständigen Denkens, ein frischer Geist der keinen Schulstaub kennt. Ich empfehle das Buch jedem, der sich für das Aschenbrödel der Medicin, die Nervosität, interessirt, angelegentlich. Die Ausstattung ist vorzüglich und könnte manchem deutschen Buchhändler das Blut in die Wangen treiben.

Möbius (Leipzig).

---

373) **T. D. Crothers** (Connecticut): The Trance State in Inebriety with an Introduction etc. by George M. Beard. (Hartford 1882. 8⁰. pg. 39.)

Verfasser, Director einer Privatanstalt für Trunk- und Opiumsüchtige, beschreibt unter obigem Titel eine besondere Art transitorischer Bewusstseinsstörungen bei Trunksüchtigen. Dieselbe ist nicht der Trunksucht allein eigenthümlich, sonderen wir begegnen ihr bei allen schweren Neurosen, wie Epilepsie, Hysterie und auch nach Gebrauch verschiedener Droguen. Die Bewusstseinsstörung ist dadurch characterisirt, dass der Kranke während einer mehr weniger langen Zeit (Augenblicke bis mehrere Tage) Handlungen begeht und Reden vollführt, während welcher er von der Umgebung für völlig bewusst gehalten wird, von denen er aber darnach wie aus einem Traume erwachend, keine Erinnerung besitzt. Es sind dies ja Zustände, welche schon wiederholt als „larvirte Epilepsie", als „psychisches Aequivalent" etc. Beschreibung gefunden haben, Verf. hat aber, wie aus der Einleitung von Beard hervorgeht, zuerst auf deren Vorkommen bei Trunksucht aufmerksam gemacht. Beard betont in dieser Einleitung die Richtigkeit sowohl als die Wichtigkeit der Beobachtungen nach seiner eigenen Erfahrung und bekennt sich auch insbesondere zu der Anschauung, dass die Trunksucht als eine Neurose aufzufassen und darnach zu behandlen sei. Nur in einem Puncte stimmt Beard nicht völlig mit Crothers überein, indem er es nämlich als unrichtig bezeichnet, den Zustand in den betreffenden Anfällen als Bewusstlosigkeit aufzufassen. Beard will zwischen Bewusstsein schlechthin und Erinnerungsbewusstsein unterschieden wissen und nur letzteres bei den Patienten fehlen lassen. Nach Crothers ist der somnambulische Zustand — wir haben im Deutschen kein völlig bezeichnetes Wort — ein gewöhnliches Symptom bei Trunksucht, während dessen der Patient ohne Bewusstsein und Erinnerung an die Vorgänge während dieser Zeit ist, aber keine augenscheinlichen Zeichen für seinen wirklichen Zustand bietet. Bedingt ist der Zustand durch tiefergehende Störung der geistigen Centren. Durch ihn wird mit Nothwendigkeit Urtheilsmangel und Unzurechnungsfähigkeit herbeigeführt. In mehr weniger hohem Grade kommt der Zustand beinahe in allen Fällen chronischer Trunksucht vor.

Während dieser Lücken im Leben kann der Patient ganz in der

gewohnten Weise fortleben, und seine gewohnte Thätigkeit verrichten oder er zeigt ein eigenthümliches, von dem gewöhnlichen abweichendes Wesen und begeht eigenthümliche Handlungen. Aus den beigefügten Krankengeschichten geht, was nicht unwichtig, hervor, dass die auffälligen Handlungen bei demselben Kranken in den verschiedenen Anfällen immer wieder dieselben sind. (Ref.)

So erzählt Verf. den Fall eines Eisenbahnconducteurs, der nach einem Gemüths-Shok (Eisenbahnunglück) angefangen hatte zu trinken. Allmählich veränderte sich sein Character, er wurde reizbar und ungeduldig. Nach 4 Jahren traten bei ihm die eigenthümlichen Zustände des Traumwachens — wenn man so sagen darf (Ref.) — ein. Patient führte ein ganz regelmässiges Leben, Tagsüber war er in Dienst, Abends trank er regelmässig, um 10 Uhr kam er in etwas stumpfem, stillem Zustande nach Hause, schlief Nachts durch ganz gut, stand in der Regel um 4 Uhr Morgens auf und begab sich in seinen Dienst. Dort versah er alle seine Obliegenheiten in ruhiger, mechanischer Weise; handelte übrigens, wenn etwas Ungewöhnliches sich ereignete, mit Umsicht. Nach langer Zeit der Fahrt schien er auf einmal zu erwachen, hatte keinerlei Erinnerung an das seit dem vorigen Abend Vorgegangene, während er der Unterhaltung im Club sich noch erinnerte. In grösster Angst unterrichtete er sich über die Vorgänge bis zu seinem geistigen Erwachen. Ueber drei Jahre litt Patient an diesen Zufällen, wiederholt nahm er einen Anlauf, dem Trunke zu entsagen, fiel aber immer wieder zurück. Die Anfälle traten oft alle Wochen auf, dauerten allmählich länger, Pat. wurde in denselben stupider. Nie aber litt er an Delirien. Schliesslich quittirte er für ein Jahr, liess das Trinken und genas.

Ein anderer Patient, ein Arzt, erblich belastet, wurde nach Schicksalsschlägen melancholisch, später ein Trinker. Bei demselben characterisirten sich die Anfälle von Bewusstseinsstörungen dadurch, dass er jedesmal in Versammlungen religiöser Vereine ging, dort Ansprachen hielt, sich als Sünder bekannte, zur Busse und Bekehrung aufforderte; Auftritte, die mit seinen Anschauungen völlig unvereinbar waren, und an welche er sich darnach gar nicht mehr erinnern konnte. Durch Behandlung des Verf. wurde beträchtliche Besserung erzielt.

Ein erblich belasteter lediger Farmer machte in seinen Anfällen immer den Damen seiner Nachbarschaft Besuch, wobei er sich immer ganz gesittet benahm, klar und vernünftig conversirte. Alle diese Besuche waren wirkliche Lücken in seinem Leben, er konnte sich andern Tages nie mehr entsinnen, mit welcher Thätigkeit er die bestimmten Stunden ausgefüllt hatte. Gewöhnlich lebte er äusserst zurückgezogen. Diess dauerte einige Jahre, Pat. wurde allmählig geistig schwächer, konnte sich nicht zu einer Kur entschliesen und starb schliesslich an Gangrän nach Beinbruch. Ausser diesen und andern weitläufigern Berichten erwähnt Verf. bei Besprechung der einzelnen Fälle noch eine Menge analoger; so z. B. eines Krämers, der nur aus seinen Aufschreibungen entnehmen konnte, was er in der Zeit seines Anfalles im Geschäfte gethan; eines Juristen, der mehrmals im Anfalle sein Testa-

ment machte, wobei der amtirende, ihm befreundete Beamte keinerlei Abnormität an ihm bemerkte; u. s. w.

Dass derartige Bewusstseinsstörungen von grösster gerichtlich-medicinischer Bedeutung sind, liegt auf der Hand. Verf. widmet dieser Tahtsache eine besondere Berücksichtigung und Illustration durch angeführte Beispiele. So war ein wiederholt wegen Pferdediebstahls bestrafter Lohnkutscher ein besonders prägnantes Beispiel der beschriedenen Bewusstseinsstörungen. Nachdem derselbe längere Zeit an Trunksucht gelitten, traten bei ihm von Zeit zu Zeit Anfälle auf, in welchen er Pferde von der Strasse wegnahm und in seinen Stall führte. Nie hatte Pat. eine Erinnerung an derartige Vorfälle; welche meist nach einem Excess im Trinken auftraten. Einmal verkaufte er auch solch' weggenommene Pferde ein paar Stunden darnach, ohne später an den ganzen Vorgang sich erinnern zu können. Mehreremale hatte er deswegen Gefängnissstrafen zu bestehen und kam immer mehr herab. Bei seinem letzten Diebstahle hatte Verf. seinen Geisteszustand zu begutachten und erklärte ihn für unzurechnungsfähig. Pat. wurde aber trotzdem verurtheilt und starb im Gefängnisse.

Verf. betont in den weiteren Ausführungen, dass die Trunksucht überhaupt als eine Krankheit, nicht als ein Laster aufzufassen und darnach zu behandeln sei, ferner dass bei jeder auffälligen Handlung oder Verbrechen eines Trunksüchtigen eine ärztliche Untersuchung stattzufinden habe, wenn es sich um die Frage der Zurechnungsfähigkeit handelt; dass die beschriebenen Störungen immer Unzurechnungsfähigkeit bedingten, endlich dass der Staat auch die Pflicht habe, Sorge zu tragen für Errichtung von Trinkerasylen.

Karrer (Erlangen).

---

374) **Haase** (Marsberg): Einige Beobachtungen über die Temperatur bei periodischen Geisteskranken. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Band 38. Heft 1.)

Verf. kommt nach Mittheilung von 17 Krankengeschichten zu folgenden Schlüssen: die Temperatur steigt in der Erregung und zwar um so höher, je mehr dieselbe zunimmt, ohne indessen 38^0 (Achselhöhle) zu erreichen, und ist in den Ruhepausen subnormal.

Kron (Berlin).

---

375) **Kranz** (Stephansfeld): Ist der Verlust des Körpergewichts ein Erkennungszeichen eines voraufgegangenen epileptischen Anfalles? (Allg. Zeitschr. f. Psych. Band 39. Heft 1. 1882.)

Verf. verneint diese Frage — entgegen Kowalewsky — auf Grund genauer Beobachtung von 7 Epileptischen. Er fand sowohl Gewichtsabnahme als Zunahme oder auch gar keine Differenz nach den Anfällen.

Kron (Berlin).

---

376) **Schüle** (Illenau): Chirurgische Erlebnisse bei Geisteskranken. (Vortrag geh. auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Karlsruhe. Oct. 1881.) (Allg. Zeitschr. f. Psych. Band 39. Heft 1. 1882.)

Eine interessante Zusammenstellung von Selbstbeschädigungen bei erhaltenem Leben mit Ausschluss von Conam. suicid. Besonders bemerkenswerth sind: doppelseitige Iritis mit vorderer Synechie, Cataract und Blindheit durch Reiben

mit dem Aermel, Totale Selbstamputation der Zunge an der Wurzel mit halbstumpfem, schartigem Messer. Herabwürgen eines mehrere Ellen langen Teppichstreifens. Verschlucken eines 15 Ctm. langen und 2—3 Ctm. dicken Löffelstiels, der nach $1^1/_2$ Jahren aus der Tiefe eines Abscesses in der Ileocoecal-Gegend extrahirt wurde u. s. w. Kron (Berlin).

---

377) **Kretz** (Illenau): Ueber Hyoscyamin. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Band 39. Heft 1.)

Verf. berichtet über die in Illenau seit 78 angestellten Versuche. Zur Anwendung kam das krystallinische Präparat von Merk. Die Dosis betrug anfänglich 0,005 und wurde in jedem Falle gewöhnlich schnell auf 0,01, selten höher gesteigert. Die äusserste Tagesdosis war 0,03, in einem Falle sogar 0,05. Gefahrdrohende Erscheinungen (Herzschwäche, Collaps etc.) wurden niemals beobachtet, jedoch fordert Verf. bei Veränderung des Herzens und der Gefässe, Lähmungszuständen z. B. bei vorgeschrittener Paralyse, Decrepidität zur Vorsicht auf. Die Begleiterscheinungen des H. waren die bereits bekannten. Die Ernährung wurde merklich gestört, hob sich aber immer wieder rasch nach Aussetzen des Mittels. Die (hypnotische oder nur beruhigende) Wirkung tritt um so besser hervor, je reiner die motorische Sphäre afficirt ist, vorzugsweise in maniakalischen Zuständen. Intensive Sinnestäuschungen sind Contraindication.

Verf. bezeichnet das H. als ein Medikament, das in einer ganzen Reihe von schweren Psychosen noch wirksam ist, wo alle andere Sedativa im Stich lassen. Kron (Berlin).

---

378) **Ripping** (Düren): Ueber die Beziehungen der sogenannten Frauenkrankheiten zu den Geistesstörungen der Frauen. (Vortrag geh. im psych. Verein der Rheinprovinz, 12. Novbr. 1881.) (Allg. Zeitschr. f. Psych. Band 39. Heft 1.)

R. hat unter 103 zur Section gekommenen Fällen weiblicher Geisteskranker 34 mal, also bei 33% pathologische Veränderungen des Sexualapparates angetroffen, die sich jedoch als ätiologische Momente für die Psychose nicht erwiesen. Diese Rolle mussten vielmehr ganz andere Befunde übernehmen, z. B. Erweichungsherde, Cysticerken u. s. w. Dem entsprechen R.'s Beobachtungen intra vitam. Nie hat derselbe eine geistige Störung als reine Reflexneurose von einer Erkrankung der Geschlechtsorgane entstehen sehen.

Höchstens sind beide Affectionen die Folge eines gemeinsamen Grundleidens, oder die Sexualkrankheit hat durch ihren destruirenden Character oder auch erschöpfende Uterinblutungen eine allgemeine Ernährungsstörung herbeigeführt, die dann erst den Boden für die Entwickelung der Psychose abgab. Diese Fälle sind es denn auch, in denen eine örtliche Behandlung indicirt ist.

In allen übrigen unterstütze man die sonstige Kur durch zweckmässige Lagerung, Abhalten von Schädlichkeiten etc., enthalte sich aber der manuellen, resp. instrumentellen Methoden.

Kron (Berlin).

---

379) **Chatelain:** *Maison de santé de Préfargier.* Exercice de 1881. 33. Rapport.

Das Jahr begann mit 124 Kranken (56 M. u. 68 Fr.). Aufgenommen wurden 63 Kranke (35 M. u. 28 Fr.). Entlassen wurden 59 Kranke (25 M. u. 34 Fr.). Verpflegungstage 46,447.

Das Verhältniss der Unheilbaren (139) zu den Heilbaren (47) hat sich in den letzten Jahren nicht erheblich geändert. Es werden fortan unheilbare Kranke nur ganz ausnahmsweise Aufnahme finden, damit die noch vorhandenen wenigen Plätze den Heilbaren reservirt bleiben. — Für die guten hygienischen Verhältnisse von Préfargier spricht die Thatsache, dass daselbst kein Fall von Infectionskrankheit vorgekommen ist, während ringsherum in den benachbarten Ortschaften Scharlach, Masern und früher auch Typhus epidemisch wütheten. Es starben nur 3 Kranke, davon 2 in Folge eines apoplectischen Anfalls und 1 an Marasmus senilis. — Von Unglücksfällen ist die Anstalt verschont geblieben.

Was den finanziellen Theil betrifft, so haben die Einnahmen, die Ausgaben um 313 frcs. 73 Ctm. überstiegen. —

Es wird in diesem Jahre ein Wasserreservoir angelegt mit einem Gehalt von 80,000 Liter Wasser, das sich allnächtlich erneuert und der Anstalt besondern Schutz gegen Feuersgefahr gewähren wird. Ausserdem wird eine namhafte Summe für die Anlage eines besondern Gartens für Pensionaire ausgeworfen.

Dr. Chatelain nimmt in diesem Jahresberichte Abschied von der Commission der Anstalt. Er zieht sich nach zwanzigjähriger segensreichen Thätigkeit ins Privatleben zurück.

Rabow (Berlin).

---

380) **Ed. C. Spitzka:** The evidences of insantity discoverable in the brains of criminals and others whose mental state has been questioned; with some remarks on expert testimony and the Grappotte case. (Ueber den Nachweis von Geisteskrankheit in Verbrecherhirnen und den Gehirnen von auf Irrsinn Untersuchten, mit einigen Bemerkungen über Sachverständigen-Gutachten und über den Fall Grappotte.

(Vortrag in der New-Yorker gerichtlich. medicinischen Societät am 3. Mai 1882. 8°. 31 Seiten.)

Francis Grappotte erstach am 4. März 1876 seinen Nachbar, nachdem er demselben eine Schuld zurückbezahlt hatte. Die That geschah unterwegs auf der Landstrasse am Tage in Gegenwart seines Sohnes und anderer Zeugen; völlig unvermittelt, ohne jeglichen weiteren Anlass. Nach derselben machte der Thäter auch einen Selbstmordversuch, indem er sich, nachdem ihm dass Messer abgenommen war, mit einem Pfahl den Schädel bearbeitete. — Grappotte, 58 Jahre alt, hatte im dritten Lebensdecennium eine Kopfverletzung erlitten, und war wiederholt, im Ganzen 9 mal, wegen Anfälle von Melancholie ärztlich behandelt worden, zuletzt bis zur Verübung der That 2 Monate lang. Bei der gerichtlichen Verhandlung gaben 9 Aerzte ihr

Gutachten auf Geistesstörung, nur ein Arzt, dessen psychiatrische Kenntnisse nach seinen mitgetheilten gutachtlichen Aeusserungen und dem Kreuzverhöre als sehr oberflächliche erscheinen, plaidirte auf Simulation. Der Gerichtshof erkannte demnach, der Verurtheilte erhängte sich Tags darauf im Gefängnisse. Der Bericht über die von einem Freunde dieses Sachverständigen gemachte Section wurde nur in einem politischen Localblatt veröffentlicht. Dagegen in erwähnter Societät ein Vortrag über Grappotte's Simulation gehalten. Spitzka bringt nun den Sectionsbericht ans Tageslicht. Aus demselben ergiebt sich, dass bedeutende Verwachsungen der Dura mit dem Schädeldache, dann über dem Stirnhirne auch mit der Pia bestanden haben; ferner dass microscopisch sich ausgebreitete Gefässerkrankung, und abnorme Pigmentation der Vagus-, Trochlearis-, Facialis-, Trigeminus- und vordern Opticuskerne nachweisen liessen. Das Gutachten des Obducenten war zu dem Schlusse gekommen, dass nur Centren des organischen Lebens gestört gewesen seien und auch diese nur vorübergehend, dass aber für vorhanden gewesene Geistesstörung keine Anhaltspunkte gegeben seien, da sich in einem solchen Falle pathologische Veränderungen der Hirnperipherie hätten finden müssen.

Dieser gewiss absonderliche Fall Grappotte giebt Vortragendem Veranlassung sich über das Vorkommen und den diagnostischen Werth pathologisch-anatomischer Veränderungen im Hirne mit Rücksicht auf die Geistesstörungen auszusprechen mit besonderer Betonung des Umstandes, dass ein negativer Hirnbefund nicht ermächtige, Geistesstörung auszuschliessen. Dass der eine Sachverständige und Obducent eine scharfe Kritik zu erfahren habe, ist wohl verständlich. Bezüglich der Sachverständigen hält Verf. eine Nachahmung der von ihm rückhaltlos anerkannten europäischen Einrichtungen für die americanischen Verhältnisse nicht passend, und glaubt, dass das öffentliche mündliche Verfahren, wobei der Arzt, wenn nöthig, auch einem Kreuzverhöre ausgesetzt werden müsste, noch das beste sei.

Karrer (Erlangen).

III. Vereinsberichte.

I. Verein für innere Medicin in Berlin.

Sitzung vom 19. Juni 1882.

381) **Horstmann** spricht über Sehstörungen nach Blutverlusten.

Die Thatsache, dass bisweilen Sehstörungen nach Blutungen eintreten, war bereits in der Zeit des Hippocrates bekannt. In der neueren Zeit erst hat man sich mit diesem Gegenstande eingehender beschäftigt. Vortr. theilt nun folgenden hierher gehörigen Fall mit.

Eine 28 jährige Frau abortirte am 7. Octbr. 1881 und verlor viel Blut, angeblich 2 Liter. 4 Tage später sah sie beim Erwachen alle Gegenstände verschwommen. Patientin ist hochgradig anämisch. Herz und Lunge normal. Urin frei von Eiweiss. Pupillen von mittlerer Weite; Sehschärfe recht 5/18, links 5/12; ophthalmoscopisch schwache

Trübung des Sehnerven nachweisbar, Gefässe der Retina etwas erweitert und geschlängelt. Die Sehstörung verschlimmerte sich allmählig, so dass nach 14 Tagen die Schärfe rechts 5/64 und links 5/24 war. Dabei erhehliche Einschränkung des Gesichtsfeldes. Sehnerv zeigt beiderseit Trübung. In diesem Zustande machte sich alsdann eine allmählig zunehmende Besserung bemerkbar und nach $2^1/_2$ Monaten betrug die Sehschärfe rechts 5/12 und links 5/9. Eine geringe Einengung des Gesichtsfeldes ist noch vorhanden. Es handelt sich in diesem Falle um eine durch Blutung verursachte Neuroretinitis. Vortr. bespricht darauf die hierher gehörigen publicirten Fälle und kommt zu dem Schluss, dass die unmittelbar nach der Blutung auftretenden Sehstörungen vorübergehender Natur sind. Sehstörungen, welche erst einige Zeit nach dem Blutverlust auftreten, zeigen meistens einen ungünstigen Verlauf mit Ausgang in Atrophie des Opticus. Gewöhnlich kommen die Blutungen aus dem Digestions- oder Genitalkanal. Eine directe Erklärung für den Zusammenhang der Sehstörung mit den Blutverlusten vermag H. nicht zu geben. Möglich, dass die Veränderungen des hydrostatischen Druckes im Körper oder eine qualitative Veränderung des Blutes dabei eine Rolle spielen.

In der sich diesem Vortrage anschliessenden Discussion hebt Litten hervor, dass nach Lungenblutungen Sehstörungen niemals beobachtet seien. Auch L. theilt die Sehstörungen in 2 Gruppen, je nachdem sie unmittelbar nach dem Blutverluste oder mehrere Tage und Wochen nach demselben auftreten. Bei der ersten Gruppe hat man es selbstverständlich noch nicht mit entzündlichen Prozessen, sondern nur mit einer Abschweifung der Gehirnperception zu thun; dagegen sind bei der zweiten Gruppe stets entzündliche Affectionen vorhanden, wenn sie auch nicht immer, zumal bei der Untersuchung mit umgekehrtem Bilde, sichtbar sind.

Leyden macht auf ähnliche Erscheinungen, auf Lähmungen nach Blutungen aufmerksam. Derartige Lähmungen befallen hauptsächlich die untern Extremitäten. Er hat einen Fall beobachtet, bei dem im Verlaufe eines Ileotyphus nach einer heftigen Darmblutung unter lebhaften Schmerzen Lähmung eintrat. Solche Lähmungen heilen in der Regel bald. An diese Lähmungen schliessen sich die Paraplegien nach starkem Substanzverluste an, sogenannte anämische Lähmungen, sowohl nach Chlorose wie aus andern Ursachen. Als Ursache gilt die Leere der arteriellen Gefässe, verbunden mit Contraction derselben. Häufiger als solche Lähmungen werden Schwächezustände mit Kriebeln beobachtet.

Wernich führt einen Fall von Vomitus gravidarum an, der mehrere Wochen im Krankenhause beobachtet worden ist und bei dem 5 Tage vor dem Tode vollständige Blindheit eingetreten war.

Horstmann hebt zum Schluss noch hervor, dass ihm aus der Literatur doch ein Fall bekannt sei, wo auch nach Lungenblutung Amaurose aufgetreten sei. Rabow (Berlin).

II. Société de Biologie.

(Sitzung vom 25. Februar 1882.)

382) **Dumontpallier** theilt neue Erfahrungen über die *Sensibilität bei Hysterischen* mit. Haucht er eine anaesthetische zwischen zwei sensiblen Zonen gelegene Stelle an, so erscheint das Gefühl an der anaesthetischen Stelle und verschwindet an anderen Stellen. Auch an entfernteren Stellen treten Veränderungen der Sensibilität auf; experimentirt man am rechten Schenkel, so stellen sich Sensibilitätsveränderungen auch am linken Vorderarm ein.

An einer Somnambulen konnte *derselbe* durch leisen Druck auf den Scheitel *Katalepsie* hervorrufen und einige Zeit darauf durch denselben Druck wieder den somnambulen Zustand.

Ferner konnte er durch Anblasen einer Stelle der sensibeln Seite einer wachen hemianaesthetischen Hysterischen *Transfert* erzeugen.

(Sitzung vom 4. März 1882.)

383) **Dumontpallier** verliest eine Arbeit, die bestimmt ist die *neuromuskuläre Hyperexcitabilität in den verschiedenen Perioden des Hypnotismus* aufzuklären. Im *lethargischen* Zustand wird diese durch Stoss und Druck auf den Nerven in seinem Verlauf hervorgerufen, was im *cataleptischen* Zustand unmöglich ist. Hier wirkt der Hauch Contracturen erzeugend und schwinden lassend. Es giebt noch einen gemischten Zustand, den „*catalepto-lethargischen*“, die Endperiode der Catalepsie, wo sie spontan der Lethargie Platz machen will. Anblasen und Druck wirken hier beide, können sich ersetzen und die Contractur, von Anblasen erzeugt, schwindet unter Einfluss des Druckes.

384) **Burcq** erzählt von einem Journalisten, der mehrere Jahre hindurch schwere Migräneanfälle durch Tragen von Stahlplatten in seinen Schuhen beseitigte. Hatte er diese zufällig einige Mal weglassen müssen, so kehrte die Migräne jedes Mal zurück.

Rohden (Oeynhausen).

IV. Neueste Literatur.

93. Daude (Staatsanwalt): Das Entmündigungsverfahren gegen Geisteskranke etc. Berlin 1882, Müller. gr. 8⁰. 179 pag.

94. Tamburini & Sepilli: Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus. Deutsch von Dr. Fränkel (Bernburg). Wiesbaden, Bergmann. gr. 8⁰. 27 pag. M. 2.

95. Schneider: Der menschliche Wille vom Standtpunkte des Darwinismus. Berlin 1882, Dümmler. 8⁰. 498 pag. M. 8.

96. Barthélemy: Syphilis et alcool, les inviteuses. Paris, Delahaye et E. Lecrosnier. 8⁰. 19 pag. fr. 75.

97. Bra: Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentale. Ebend. 8⁰. 104 pag. fr. 2,50.

98. Cohadon: Contribution à l'étude de l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. Ebendas. 8⁰. 79 pag. fr. 2.

99. Lantier. Etude clinique sur l'absinthisme chronique. Ebendas. 8⁰. 107 pag. fr. 3.

100. Vanlair: Les névralgies leurs formes et leur traitement, 2⁰ éd. revue et considérablement augmentée, avec gravures dans le texte. Ebendas. 1 vol. 8⁰. 647 pag. fr. 8.
101. Moreau (de Tours): De l'homicide commis par les enfants. Paris, Asselin et Comp. 1 vol. 8⁰. 194 pag. fr. 3,50.
102. Blaise: Contribution à l'étude des oscillations spontanées et provoquées de la sensibilité dans l'hémianesthésie, Paris 1882. Delahaye et E. Lecrosnier. 8⁰. 37 pag.
103. Lamarre: Contribution à l'étude du rôle du système nerveux dans les affections du coeur. Paris, G. Masson. 1 vol. 8⁰. 164 pag.
104. Faisans: Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique. Paris 1882. A. Coccoz. 8⁰. 88 pag. fr. 2.
105. Greffier: Etude sur l'épilepsie partielle. Ebendas. 8⁰. 104 pag. fr. 2.
106. Dally: Etiologie de traitement des spasme professionnels (crampes, contractures, etc.). Extrait du Journal de thérapeutique. Paris 1882. G. Masson. 8⁰. 21 pag.
107. Fournier: De l'ataxie locomotrice d'orgine syphilitique (Tabes spécifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital St. Louis. Ebendas. 8⁰. 396 pag. fr. 7.
108. Apostoli: Synthèse électro-thérapeutique. Rapports sur l'Exposition d'électricité. Note lue à la Société médico-pratrique. Extrait de l'Union Médicale (3. Série). Paris, H. Lauwereyns. 8⁰. 15 pag.

Thèses de Paris vom 12. Juni bis 15. Juli.

109. Descourtis: Du fonctionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies.
110. Cartier: La maladie et le Système nerveux.
111. Chartier: Contribution à l'étude pathogénique du saturnisme cérébro-spinal.
112. Vallon: De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques.
113. Boyé: Du traitement de l'épilepsie.
114. Delcroix: De la tetanie.
115. Manouvrier: Recherches d'anatomie comparatrice et d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau.
116. Bricon: Du traitement de l'épilepsie.
117. Bonnot: Contribution à l'étude de l'hémorrhagie méningée expérimentale avec déductions cliniques.
118. Roux: Du traitement de l'épilepsie et de la manie par de bromure d'éthyle.
119. Shoste: Etude sur les accidents laryngés de l'ataxie locom. progr.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. S. (psych. Klinik und Irrenanstalt), Volontairarzt, 13. Aug. bezw. 1. Septbr., 1200 Mark, freie Station. 2) Leipzig (Univ.-Irrenklinik), erster Assistenzarzt, „sofort oder später“, 1800 M., freie Station. 3) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Assistenzarzt, August oder September; 1200 Mark, freie Station, Reisevergütung. 4) Altscherbitz: Volontairarzt, bald, 1200 M. freie Station. 5) Sachsenberg, II. Assistenzarzt, bald, 1500 M., fr. Stat. erster Classe.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. August 1882. Nro. 15.

INHALT.

I. Originalien.

Ueber eine isolirte atrophische Lähmung des linken M. Supinator longus.

Von Prof. Dr. M. BERNHARDT in Berlin.

Im Laufe des Monats Februar 1882 hatte ich Gelegenheit, folgenden, wie mir scheint, bemerkenswerthen Fall einer im Wesentlichen nur auf den linken m. supinator longus beschränkten Lähmung und Atrophie zu beobachten.

Der 18jährige Glaser R. hatte am 4. September 1881 in einem Streit einen Stich in die linke Schulter erhalten. Er war im Begriff gewesen, sich nach einem Stuhl zu bücken, um denselben als Schild resp. Abwehrmittel gegen seinen mit gezücktem Messer auf ihn eindringenden Gegner zu benutzen. In dieser nach vorn gebückten Stellung traf ihn das Messer: der Stich sass in der linken fossa supraspinata, ging etwa von der Mitte der spina schräg nach oben und innen bis zum proc. transv. des 4. oder 5. Halswirbels hin, ohne aber an dieser Stelle noch einmal die Haut zu durchbohren. Abgesehen von der Blutung und dem Wundschmerz waren die Folgen dieses Eingriffs eine Schwäche des ganzen linken Arms und Schmerzen, die hinten links neben der Halswirbelsäule und vorn dicht über der Mitte des linken Schlüsselbeins sehr heftig auftraten; besonders schmerzhaft aber war eine Gegend am linken Vorderarm, wobei die Region des linken m. supinator longus genau bezeichnet wurde.

Die linke fossa supraspinata war eingesunken und zeigte in der Mitte über der spin. eine etwa $2^1/_2$ cm. lange, 2 cm. breite röthliche Narbe. Der linke m. deltoideus und biceps erschienen etwas dünner, als die entsprechenden Partien rechts: beide Muskeln aber konnten aktiv benutzt werden und reagirten auch auf den Induktionsstrom bei direkter, wie indirekter Reizung prompt und mit blitzschnellen Zuckungen wenn auch vielleicht nicht ganz so kräftig wie die rechten Muskeln. *Ganz atrophisch aber, auf Induktionsströme fast gar nicht, bei direkter Reizung mit starkem galvanischen Strom nur in schwachen Schliessungszuckungen reagirend (ASz=KaSz) verhielt sich der m. supinator longus.* Sämmtliche anderen vom n. radialis innervirten Muskeln waren ebenso wie die dem Ulnaris- und Medianusgebiet angehörigen Muskeln in ihren aktiven Bewegungen vollkommen frei und zeigten normale elektrische Erregbarkeit. Ebenso kam die Supination des Vorderarms in normaler Weise zu Stande und die Locomotion des Arms im Schultergelenk (Heben bis zur Horizontalen und über dieselbe hinaus, Auswärtsrollung) war intakt. Der linke m. infraspinatus verhielt sich in seinen Bewegungen, elektrischen Reaktionen und Ernährungsverhältnissen durchaus wie der der rechten Seite. Druck auf die oben als schmerzhaft angegebenen Regionen, besonders auf den atrophischen m. sup. longus sin., war jetzt noch (5 Monate nach stattgehabter Verletzung) sehr empfindlich.

Die wahrscheinlichste Erklärung dieses merkwürdigen Befundes scheint mir die Annahme zu bieten, dass man es hier mit einer eigenthümlich modificirten, sogenannten Erb'schen Armplexuslähmung zu thun hatte. Der Messerstich hatte sich offenbar bis zu den Wurzeln des plexus cervicalis hin erstreckt und in der Gegend des 5. oder 6. Cervicalnerven entweder direkt Verletzungen gesetzt oder zu späteren neuritischen Prozessen Veranlassung gegeben. Bekanntlich liegen in jener Gegend die für den m. deltoideus, biceps, brachialis internus, den m. sup. longus (vielleicht auch brevis) den m. infraspinatus (und subscapularis, vielleicht auch pectoralis maior) bestimmten motorischen Fasern und sensible Fasern aus dem Medianus- und Axillarisgebiet

zusammen, deren Verletzung zu den seit Erb jetzt schon öfter beschriebenen Schulter-Armlähmungen Veranlassung geben kann.*) Während im vorliegenden Falle die meisten der erwähnten Nervmuskelgebiete entweder ganz frei geblieben waren oder verhältnissmässig nur sehr wenig gelitten hatten, war der für den m. supinatur longus bestimmte Ast augenscheinlich der am meisten betroffene gewesen. — Bei der oben gegebenen Beschreibung der elektrischen Reaktionsverhältnisse habe ich noch anzugeben vergessen, dass vom Erb'schen Punkt in der linken fossa supraclavicularis auf Inductionsströme der m. biceps sehr gut, weniger prompt der deltoideus, der m. supinator longus aber gar nicht reagirte.

II. Referate.

385) **Bevan Lewis** (London): The human brain: histological and coars methods of research. A manual for students and asylum medical officers. London, Churchill 1882. (Das menschliche Gehirn, und die gröberen und histologischen Untersuchungsmethoden desselben. Ein Handbuch für Studirende und Irrenärzte. Von Dr. Bevan Lewis, Arzt an der West Riding Irrenanstalt.) (London 1882. pg. 163. Mit 11 Abbild. Pr. $8^1/_2$ M.)

Dies Buch besteht aus gesammelten Artikeln, welche in dem neurologischen Journal „Brain" erschienen sind, und zur Zeit ihrer Veröffentlichung als höchst praktisch und correkt allgemein anerkannt wurden. Die Irrenanstalt des West Riding, in der englischen Grafschaft Yorkshire, hat sich schon seit Jahren einen hervorragenden wissenschaftlichen Ruf erworben, theils durch die vortrefflichen Annalen und Jahresberichte, welche von den dort angestellten Aerzten herausgegeben werden, theils durch die hervorragenden Leistungen von Crichton-Browne, der (jetzt Lord Chancellor's Visitor of Lunatics) längere Zeit Dirigent der Anstalt war, und von Dr. Ferrier der seine ersten Untersuchungen über die Faradisation der Gehirnrinde dort anstellte. Das Buch von Bevan Lewis ist wohl geeignet den Ruf dieser Anstalt zu erhalten und zu erhöhen, da es eine wirklich vortreffliche, und aus intimer praktischer Bekanntschaft mit dem Gegenstande hervorgegangene Anleitung zur anatomischen Untersuchung des kranken Gehirns darstellt. Dasselbe dürfte sich bald dem Neurologen und pathologischen Anatomen ebenso werthvoll erweisen wie das vortreffliche Werkchen von Ecker über die Gehirnwindungen, zu dem es gewissermassen ein Seitenstück bildet, und wünschen wir dem Buche eine ähnliche weite Verbreitung.

Der Verf. legt mit Recht Gewicht darauf, dass die blos mikroskopische Untersuchung des Gehirns niemals als die einzige oder ausschliesslich anzuwendende anzusehen ist, ein Irrthum der heutzu-

*) Vgl. des Autors Arbeit: Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des plexus brachialis Zeitschr. f. klin. Med. Bd. IX. Heft 3. 1882, woselbst auch die einschlägige Literatur zu finden, und dieses Centralbl. Nr. 13.

tage weit verbreitet ist, besonders unter den jüngeren Forschern, und der leicht ein Hinderniss einer genaueren Bekanntschaft mit der wahren Bedeutung der auf dem Sectionstisch angetroffenen Veränderungen werden könnte. Wer die pathologische Anatomie des Gehirns genau studiren will, muss damit anfangen sein unbewaffnetes Auge so zu üben und zu erziehen, dass er damit Veränderungen wahrnimmt, welche dem ungeübten Beobachter vollkommen entgehen; und hierzu empfiehlt der Verf. besonders eine Loupe von 2—4 Zoll Focus-Länge, welche abwechselnd mit dem unbewaffneten Auge angewandt wird. Das erste Kapitel, welches der gröberen Untersuchung des Gehirns gewidmet ist, beginnt mit kurzen und bündigen Anweisungen zur Untersuchung der Dura mater, und venösen Sinus, wobei die gewöhnlich in kranken Gehirnen dort angetroffenen Veränderungen besonders bemerkt werden. Verf. wendet sich dann zur Arachnoidea und pia mater, wobei er Nachdruck auf die vier grossen Höhlen dieser Gehirnhäute legt, nämlich den Subduralraum zwischen der Dura mater und dem Visceralblatte der Arachnoidea; die Arachnoidhöhle, welche von dem Arachnoidsacke gebildet wird; die Sub-Arachnoid-Höhle zwischen dem Visceralblatte der Arachnoidea und der Pia mater; und endlich den Epi-Cerebralraum zwischen der Pia mater und der Gehirnrinde. Das arterielle System des Gehirns wird weiterhin besprochen, und dies ist ein wirklich vorzüglicher Abschnitt des Buches. Es folgen nun Bemerkungen über die physischen Eigenschaften der grauen und weissen Substanz, deren Consistenz; die Zustände, welche die normale Consistenz modificiren; die Methoden, mittelst welcher wir die Cohaesion der Textur bestimmen, die einfachen Leichenveränderungen darin, sodann die verschiedenen Arten der Erweichung als Resultat von Krankheiten und das Odem des Gehirns; die vermehrte Consistenz der Gehirnsubstanz, wie oberflächliche Sklerose, Hypertrophie der Neuroglia, Narbenbildungen, inselförmige und absteigende Sklerose; die Farbenveränderungen, wie allgemeine und begränzte Blässe, Congestionszonen, puncta vaculosa, und die Resultate eines erhöhten Drucks im Schädel- und Brustraum. Die volumetrischen Methoden der Gehirnuntersuchung, das Gewicht des Organs u. s. w. werden dann eingehend besprochen und gewürdigt.

In der zweiten Abtheilung behandelt der Verf. die microscopischen Untersuchungsmethoden (pp. 85—149.) Er legt hier besonderes Gewicht auf die frischen Präparate, gegenüber den gehärteten. Von allen Organen bedarf besonders das Gehirn, wegen seiner ausserordentlichen Feinheit und Empfänglichkeit für schnelle post mortem Veränderungen einer schnellen, leicht herzustellenden und frischen Präparation, der Anwendung indifferenter Medien, und Beschränkung ätzender Substanzen. Die Gefriermethode ist nach Bevan Lewis unzweifelhaft die beste, schnellste und eleganteste, und unter den verschiedenen Methoden dieser Art gibt er der durch Aether bei weitem den Vorzug. Nach ihm ist das gewöhnliche Eis- und Salz-Mikrotom ganz nutzlos, wenn nicht das Gehirn vorher erhärtet ist; und kann man dasselbe deshalb eigentlich nicht als eine frische Methode ansprechen.

Es folgt dann eine Beschreibung der verschiedenen Microtome von Stirling, Ranvier, Rutherford, Roy, Schiefferdecker, und des von dem Autor selbst angegebenen Aether-Gefrier-Microtoms, welches von Gardner in Edinburgh angefertigt wird.

Die Erhärtung der Gehirnsubstanz wird eingehend besprochen, und die Vorzüge und Nachtheile der verschiedenen dazu gebrauchten Flüssigkeiten dargelegt. Verf. empfiehlt besonders für Anfänger die Müller'sche Flüssigkeit und chromsaures Kali, zumal wo es sich um Demonstration der Nervenzellen und Plexus der grauen Substanz des Gehirns und der Ganglien handelt; während die Exner'sche Flüssigkeit von Osmiumsäure besser zur Darlegung der Struktur des Markweisses und seiner Verlängerungen in die Gehirnrinde geeignet ist. Die Methoden von Betz und Hamilton (Jodspiritus und chromsaures Kali, und Müller'sche Flüssigkeit und chromsaures Ammoniak) eignen sich am besten für grosse Hirnsegmente, wo es sich z. B. darum handelt eine ganze Hemisphäre zu erhärten. Die Methoden von Lockhart Clarke, Stilling, Kölliker, Hanover und Schröder van der Kolk sind als veraltet anzusehen. Verf. wendet sich dann zu den Durchschnitten und deren Anfertigung, sowie zu dem Färben derselben. Seit den früheren Arbeiten von Schröder van der Kolk, Lockhart Clarke u. a. sind so viele Färbungen empfohlen, dass der Anfänger zuweilen ganz darin verwirrt wird. Die meisten derselben sind entbehrlich, und die wahrhatt wesentlichen Reagentien sind Hämatoxylin, Karmin in ammoniakalischer Lösung, Picrocarmin, anilin Blau-schwarz, anilin Blau, Osmiumsäure. All diese Methoden werden eingehend beschrieben, worauf sich der Verf. zu der doppelten Färbung mittelst picro-carminsaurem Anilin, Picro-Anilin, Osmium mit Picro-Carmin, Hämatoxylin mit Anilin, Hämatoxylin mit Eosin, und Picro-Carmin mit Jodgrün wendet, wobei entweder verschiedene histologische Elemente die Farbe des jeweiligen Pigmentes annehmen, oder die erste Färbung dadurch, dass die zweite sich mit ihr verbindet, bedeutend modificirt und gebessert wird. Es wird dann noch die beste Art und Weise verschiedene Regionen des Gehirns und Rückenmarks zu färben, angegeben; so z. B. für die Gehirnrinde in der Stirngegend ist das Anilin Blauschwarz, welches eine so merkwürdige Verwandtschaft zu dem Protoplasma der Nerven und dessen Ausdehnungen hat, das beste Reagens; während mehr nach hinten und besonders an den Occipitallappen, wo Schichten der Körnchenzellen überwiegen, das Hamatoxylin vorzuziehen ist. Für die Kleinhirnrinde eignet sich die doppelte Färbung mit Färberröthe und Anilin-schwarz am besten. Für das centrale Markweiss ist, wenn man eine gröbere Untersuchung grösserer Durchschnitte durch das ganze Gehirn oder eine Hemisphäre machen will, das picrocarminsaure Anilin vorzuziehen, während für die feinere microscopische Verfolgung der Centralbündel die doppelte Färbung mittelst Osmium und Picrocarmin ausschliesslich angewandt werden sollte. Für die Varolsbrücke, das verlängerte Mark und Rückenmark empfiehlt der Verf. hauptsächlich das anilin Blau-schwarz, welches die schönsten Präparate gibt die sich überhaupt herstellen lassen, vorausgesetzt dass

die Durchschnitte hinreichend fein sind. Wenn solche Präparate nicht gelingen, ist dies nicht die Schuld des Reagens, sondern des Beobachters, der seine Durchschnitte zu dick gemacht hat. Diese Abtheilung endigt mit einer Besprechung des Gefrierens und Zerzupfens.

Der dritte und letzte Theil des Buches enthält eine Liste der Reagentien und deren chemischer Zusammensetzung, sowie der andern Gegenstände, welche zur Herstellung microscopischer Präparate nöthig sind. Der Leser wird aus dieser kurzen Inhaltsangabe leicht ersehen, ein wie werthvoller Leitfaden dies Buch besonders für den Anfänger in der pathologischen Anatomie des Nervensystems ist; und wie Ecker's Buch bald ins Englische übertragen wurde, sollte dies Werkchen von Bevan Lewis bald den deutschen Beobachtern in einer guten Uebersetzung zugänglicher gemacht werden.

Julius Althaus (London).

---

386) **Ott:** Cilio-spinal centres. (Journ. of nerv. u. ment. dis. 1881. p. 757.)

Verf. erwähnt kurz die verschiedenen Untersuchungen über das ciliospinale Centrum von Budge bis heute herab und kommt auf Grund eigener Experimente zu dem Resultate, dass iris-dilatirende Nervenfasern im Trigeminus verlaufen und das Centrum sich wirklich im R. M. befindet. Seine Experimente ergaben als weiteres Resultat, dass in den Halssympathicusganglien ein tonisirender Einfluss auf die Pupille bleibt, wenn sie bereits einige Zeit von den cil.-spin. Centren des R. M. getrennt sind.

Waehner (Kreuzburg).

---

387) **Claus** (Sachsenberg): Zur Casuistik der Erkrankungen des Centralnervensystems. (Arch. f. Psych. XII. 3 p. 669.)

1. Multiple Cerebrospinalsclerose.

Der mitgetheilte Krankheitsfall ist dadurch interessant, dass disseminirte Cerebrospinalsclerose mit Dementia paralytica combinirt vorkam.

Ein 29jähriger Mann wurde Anf. d. J. 77 in die Heilanstalt Schleswig aufgenommen. Derselbe war erkrankt nach einem im 22. Lebensjahre überstandenen Abdominaltyphus. Erste Symptome waren: erschwertes Gehen, Incontinentia urinae et alvi, allmählig Gedächtnissschwäche und reizbare Stimmung. Erst ein Jahr nach Aufnahme in die Anstalt trat ein Krankheitsbild hervor, das die Diagnose auf multiple Sclerose höchstwahrscheinlich machte: Motorische Paresen und Paralysen, Intentionszittern, zuweilen Rigiditäten der Muskeln, Nystagmus, Oculomotoriuslähmungen, behinderte Sprache. (Kein Scandiren), erhöhte Sehnenreflexe, Deglutitionsbeschwerden, Speichelfluss, Blasenschwäche. Von den als diagnostisch bemerkenswerth bezeichneten Symptomen fehlten: Amblyopie, Diplopie und Contracturen — ebenso Sensibilitäts- und Coordinationsstörungen, ferner apoplectiforme und epileptoide Anfälle. Die Stimmung des Kranken war während des ganzen Krankheitsverlaufs eine gehobene gewesen, theilweise an Grössenwahn grenzend. — Dabei starker Schwachsinn. Tod 1 Jahr 4 Monate nach Aufnahme in die Anstalt. Der Sectionsbefund war der der mult. Sclerose; und zwar war der Prozess im Rückenmark und Kleinhirn weiter fortgeschritten als im Grosshirn.

Ausserdem fand sich Trübung der weichen Hirnhäute und auf dem Scheitel Atrophie der Windungen, ebenso chronisch entzündliche Erscheinungen des Stirnhirns — characteristische Befunde bei Dementia paralytica, deren wirkliches Vorhandensein intra vitam deshalb vom Verf. mit Recht angenommen wird, hatte doch schon die Diagnose zwischen Sclerose und Dem. paralyt. geschwankt.

Aehnliche Fälle sind bereits früher von Westphal, Schulze, Tigges, Schüle, Siemens, Leube und Otto veröffentlicht. Verf. glaubt daher die Schlussfolgerung ziehen zu können: *dass wo sich das Symptomenbild der multiplen Sclerose mit einem ausgesprochenen und besonders paralytisch erscheinenden geistigen Schwächezustand complicirt, neben dem Auftreten disseminirter Herde auch ein chronisch entzündlicher und atrophischer Process der weichen Häute und der Rinde der Grosshirnhemisphäre besteht.*

2. *Atrophie des Kleinhirns bei einem epileptischen Geisteskranken.*

Bei einem epileptischen Geisteskranken, der an Coordinations- und Sprachstörungen gelitten hatte, wurde gefunden: Trübung und Verdickung der pia mater, sclerotischer Prozess am r. Unterhorn und am Kleinhirn, welcher an letzterem zu einer (von oben) über die Hälfte der Gesammtausdehnung sich erstreckenden Atrophie der Rinden- und Mark-Substanz und des Nucleus dentatus geführt hatte. Nach Angabe des Verf. sind bisher 16 Fälle von Atrophie des Kleinhirns beschrieben, und wird durch seine Veröffentlichung die fast allgemeine Annahme bestätigt, „*dass grössere pathologische Veränderungen des Kleinhirns allerdings die Bewegungen nicht vollständig aufheben aber doch ihren geordneten Verlauf mehr oder weniger stören.*“

3. *Ueber eine eigenthümliche Degenerationsform im menschlichen Rückenmark.*

Im Rückenmark eines paralytischen Geisteskranken fand sich in der vorderen Hälfte des rechten Seitenstranges eine degenerirte (chronische Myelitis) Partie, die in der Gegend des II. Brustnerven beginnend, sich etwa 1 Ctm. nach abwärts erstreckte. Der grösste Querschnitt war (nach der beigegebenen Zeichnung) ca. $^1/_4$ Stecknadelkopf gross. Der so gebildete Cylinder verlief spindelförmig nach oben und unten, er war mit einer Bindegewebshülle umgeben, von der eine Reihe von Septa sich in das Innere des Herdes erstreckten. Besondere Erscheinungen intra vitam sind nicht erwähnt. Nach einer Mittheilung Westphals an den Verf. hat ersterer dergl. eigenthümliche lokalisirte Degenerationsfiguren im Rüchenmark Geistesgesunder wiederholt gesehen. Langreuter (Dalldorf).

---

388) **Kirchoff** (Schleswig): Ueber Atrophie und Sklerose des Kleinhirns. (Arch. f. Psych. XII. 3 p. 647.)

Verf. giebt eine ausführliche Schilderung zweier einschlägiger Fälle, deren Wiedergabe in Form eines Referates dem Umfange der Originalarbeit — ohne letztere zu schädigen — nicht viel nachstehen dürfte, da die pathologisch-anatomische Zergliederung eine sehr detail-

lirte ist. Es wird deshalb auf einen Auszug verzichtet. — Hauptsächlich mit Rücksicht auf den ersten migetheilten Fall (halbseitige Atrophie, lokalisirte Sclerose) glaubt K. als Resultat seiner Untersuchungen folgende Sätze aufstellen zu können:

1. Eine auf entwickelungsgeschichtlicher Basis entstandene halbseitige Kleinhirnathrophie mit folgender Sklerose kann zu Bewegungsstörungen der *gleichnamigen* Körperhälfte führen.

2. Diese Entwicklungshemmung findet gegen Ende des Intrauterinlebens statt.

3. der Versuch der Lokalisirung der gestörten Functionen im Kleinhirn erscheint begründet, insofern eine Beziehung zwischen einer Erkrankung der Laminae transversae cerebelli (Koelliker) und Störungen in den Bewegungen der gleichseitigen Körperhälfte vorhanden ist.

Langreuter (Dalldorf).

---

389) **Chr. Leegaard** (Christiania): Kasuistisk bidrag til lären om lokalisationen i hjärnens Kortikalsubstanz. (Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Localisation in der Gehirnrinde (norwegisch). (Nordiskt medicinskt Arkiv XIII. 15.)

Krankengeschichte: Mann von 69 Jahren, hatte einen leichten apoplektischen Anfall. Am anderen Tage: Bewusstsein fasst frei, Sprache leicht behindert, Zunge stark nach rechts verzogen; der linke facialis inferior gelähmt, l. Arm leicht paretisch, l. Bein nur etwas geschwächt, Parese von Arm und Bein verschwand in 8 Tagen; Zungen- und Gesichtslähmung unverändert. Nach weiteren 7 Tagen plötzlich Lähmung des l. Armes und Beines mit Contractur derselben und verstärkter Reflexerregbarkeit des Beines; leichte Erhöhung der Körpertemperatur. An den folgenden Tagen verschwand die Lähmung des Beines. Tod am 21. Tage nach dem zweiten Anfalle.

Section: Linke Hemisphäre gesund. Rechte Hemisphäre: Ein gelber Erweichungsherd, die untere Hälfte der unteren aufsteigenden Frontal- und Parietalwindungen einnehmend und bis an die Basis der dritten Stirnwindung und den Grund der Rolando'schen Furche reichend. Der Herd ist nach unten begrenzt durch die Sylvi'sche Spalte. Nur die Rinde ist betroffen; das Centrum ovale intact. Ausserdem im nucleus caudatus ein Erweichungsherd von der Grösse einer kleinen Erbse.

Arterien stark atheromatös; Thromben in der Aorta, in der rechten carotis interna ein 0,5 Cm. langer sich bis in die arteria fossae Sylviae erstreckender Thrombus. Hämorrhagische Infarcte in Lungen und Nieren; Magen- und Leberkrebs.

Verf. nimmt an, dass die erste embolische Attaque die Erweichungsherde des unteren Theiles der Frontal- und Parietalwindungen (Bewegungscentrum der Zunge und unteren Gesichtshälfte, Charcot und Pitres) und die zweite erst die der höheren Parthieen (Bewegungscentrum der oberen Extremität) veranlasst habe. Der kleine Herd im nucleus caudatus habe wohl keine Symptome gemacht.

Buch (Helsingfors).

---

390) **M. F. Raymond:** Amputation du bras datant de onze ans. — Atrophie très acentuée des circonvolutions frontales et parietales ascendantes, du coté opposé à la lésion. (Le Progrès méd. 1882. Nr. 24.)

Bei einem 31jährigen, an tuberculöser Meningitis zu Grunde gegangenem Manne, dem vor 11 Jahren der linke Arm amputirt worden war, ergab die Autopsie keine makroskopisch sichtbaren Alterationen des Rückenmarks, dagegen fanden sich am Gehirn rechterseits die in der Ueberschrift erwähnten Veränderungen. Rabow (Berlin).

---

391) **Mickle:** Aphasia; some of its varieties. (Alienist & Neurologist. 1882. pg. 202.)

Drei Fälle, von denen nur der erste eine typische Aphasie betrifft:

I. Fall. Ein 46jähriger Militär, der 4 Jahre vorher angeblich durch Sonnenstich geisteskrank gewesen war. Status: Rechtsseitige Hemiplegie; Zunge unbeweglich; erklärt durch Gesten, was er will, weiss dabei die richtige Bezeichnung des Gewollten; weiss wie lange er krank, wie alt er ist etc., erkennt seinen geschriebenen Namen. Tod durch Phthise. Necropsie: Vollkommene atrophische Zerstörung der linken aufsteigenden Stirn- und Scheitelwindungen, der hinteren Hälfte der l. zweiten Stirnwindung, der supramarginalen Windung und des hinteren Theils des Lobul. paracentral. Die Zerstörung resp. Atrophie hatte zu Vertiefungen der Oberfläche bis zu 1 Zoll geführt. Von der dritten Stirnwindung war nur der hintere Theil einigermassen afficirt und von der Insel nur die Ränder. Eine ähnliche Veränderung in der rechten Hemisphäre im gyrus supramargial. und parietal. ascds. Linke Hemisphäre um 3³/8 Unzen leichter als die rechte. Secundäre Veränderungen in Med. obl. und spin.

II. Fall. 36jähriger Militär; vor ca. 12 Jahren luetisch inficirt, seit einem Jahre geisteskrank. Status: Cachectisches Aussehen, schwachsinnig; Amnesie und Agraphie; bringt wenige kurze Worte wie „Ja“ und „Nein“ hervor, sonst aphasisch. Allmähliger körperlicher und geistiger Verfall. Necropsie: Chronische Leptomeningitis, Atrophie der Rinde in den vorderen Regionen, hauptsächlich im linken Stirnlappen; die graue Substanz der linken Insel mehr ergriffen als in der rechten; beginnende Sclerose der motorischen Zone und secundäre Affection in der rechten Hälfte der medulla spinalis.

III. Fall. 41jähriger Militär; seit 4 Jahren geisteskrank, hypochondrisch verrückt. Von Zeit zu Zeit traten rechtsseitige Convulsionen ein, die eine mehr weniger schnell vorübergehende rechtsseitige Hemiplegie zurückliessen; selten ergriffen die Krämpfe auch die linke Seite und wurden so allgemein, ein einziges Mal waren sie ausschliesslich linksseitig. Nach schweren Anfällen wurde Pat. aphasisch, in einiger Zeit aber der Sprache wieder mächtig. Tod durch Phthise. Necropsie: Chronische Pachy- und Leptomeningitis, Hydrocephalus ext. und int. Atrophie der Rinde in den Frontallappen, besonders im l., und hier die an den gyr. front. tert. angränzenden Windungen vorwiegend betroffen; linke Hemisphäre um ½ Unze leichter als die rechte. Waehner (Kreuzburg).

---

392) **A. Mathieu**: *Tumeur du pédoncule cérébral droit et de l'eminentia teres du même côté; hémiplégie et hémiparésie gauches. Paralysie du moteur oculair commune gauche.* (Progrès médic. 1882 Nr. 10.)

Ein 32jähriger Mann hatte seit seiner Jugend linksseitige Otorrhoe, die vor zwei Jahren aufhörte als gleichzeitig Kopfschmerz und Schwindel auftraten. Péan machte damals die Trépanation des processus mastoideus mit sichtlichem Erfolge. Nach mehrmonatlicher Eiterung Schluss der Wunde und erneutes Auftreten von Ohrenfluss mit denselben Symptomen im Anfang 1881. Schliesslich kam zum Kopfschmerz und Schwindel Betäubung und Schwäche der ganzen linken Körperhälfte hinzu, die sich zur vollständigen Paralyse steigerte.

Stat. praesens: Linkseitige unvollständige Hemiplegie, der untere linkseitige Facialis gelähmt. Pupille links dilatirt, Strabismus externus. Sensibilität links abgeschwächt, scheinbare Hyperaesthesie gegen Kälte, Empfindungsverzögerung, die mit der Dauer der Untersuchung abnimmt. Erschwerung der Urinentleerung, Ausstossen von Lauten ähnlich den cries hydrocéphaliques. Ausfluss aus dem linken Ohr andauernd, später Taubheit.

Im Juli Coma und stertoröses Athmen, Zunahme der linkseitigen Paralyse mit Analgesie links. Pupillen nun gleich und verengt.

Die Section zeigt die Dura mit Venenblut gefüllt, die pia congestionirt, der Tumor im rechten peduncul. cerebri in der Grösse eines flachen Eies; Seitenventrikel erweitert mit Serum gefüllt, rechts bis auf das Dreifache.

Verf. meint die unerklärte Gleichseitigkeit von Parese und Anaesthesie müssten schützen vor der Meinung, das die Affection der Effect eines Abscesses des Gehirns oder der basis cranii mit Perforation durch das Ohr sei. Die Lähmung des linken oculomotorius wäre erklärt durch die Fortpflanzung des Tumor zur rechten eminentia teres.

Rohden (Oeynhausen).

---

393) **J. Christian** (Charenton): Ein Fall von Hydrocephalus chronicus. (Annal méd. psychol. 1882 Mai.)

Der Kranke war bis zu seinem 38. Jahre stets gesund und zeichnete sich durch hervorragendes Talent für Musik und zur Erlernung von Sprachen aus; im Uebrigen war er von mittlerer Intelligenz und schwachem Charakter.

Anfangs unter dem Bilde einer echten Melancholie erkrankt ging er nach mehreren Monaten paralytisch zu Grunde.

Die Section beschränkte sich auf den Schädel. Der Hirnschädel war von ungewöhnlichen Dimensionen ohne Asymmetrieen. Umfang: 70 Cent. Diametr. ant.-post. 24 Cent. Die harte Hirnhaut zeigte leicht zerreissliche Verwachsungen. Die Schädelknochen sind dick, die Verknöcherung vollständig. Beim Einschneiden in die Dura mater ergiesst sich aus dem Arachnoidalsack und den Seitenventrikeln eine über 1 Kilogr. wiegende Flüssigkeit. Die Configuration des Gehirns ist vollkommen normal, die Seitenventrikel sind hochgradig erweitert. Gewicht des Gehirns 1390 Gr., rechte Hemisphäre 615, linke 595, kleines Gehirn 186.

Die Convexität der rechten Hälfte der Dura mater ist der Sitz eines Hämatoms, dessen theils flüssiger, theils coagulirter Inhalt 450 Gr.

wiegt. An der Pia mater sind keine entzündlichen Erscheinungen zu beobachten.

Das Interesse des Falles besteht in dem verhältnissmässig hohen Alter, das der Hydrocephale bis zum 38. Jahre ohne wesentliche Beeinträchtigung seiner geistigen Fähigkeiten erreicht hat.

Engelhorn (Maulbronn).

---

394) **J. Baillarger** (Paris): Ueber Trennung der grauen und weissen Substanz der Hirnwindungen. (Annal. méd. psychol. 1882 Januar.)

Verf. beobachtete in einem Falle bei Entfernung der mit dem Gehirn verwachsenen Hirnhäute, dass sich im Stirnlappen die graue Substanz, welche an der Hirnhaut hängen geblieben war, vollständig von der weissen losgelöst hatte. In einem 2. Falle war die Rindensubstanz der Hinterhautslappen an der Hirnhaut hängen geblieben und zeigte neben vollkommen erhaltener Form der Windungen eine auffallende Dünnheit der grauen Substanz. Dieselben Verhältnisse fanden sich auf einen Occipitallappen beschränkt in einem 3. Falle In einem 4. Falle war durch Abziehung der Hirnhaut keine Trennung der grauen und weissen Substanz zu Stande gekommen; dieselbe war aber durch eine schärfer als im Normalzustand hervortretende Linie abgeschieden und erst wenn man das betreffende Stück unter Wasser brachte, vollzog sich die vollständige Lostrennung beider Substanzen. Dabei war jedesmal die graue Substanz von besonderer Weichheit, die weisse auffallend derb. Sämmtliche Beobachtungen bezogen sich auf Kranke, welche an allgemeiner Paralyse gelitten hatten. Die Zeit, wie lange post mortem die Section vorgenommen wurde, ist nicht angegeben und sonst nicht festzustellen, wie weit an dieser Erscheinung der Grad der Verwesung der Leiche einen Theil hat.

Engelhorn (Maulbronn).

---

395) **Bourneville** et **Wuillamié**: Méningo-encéphalite chronique généralisée chez un enfant, décortication de la substance blanche. (Le Progrès méd. 1882. Nro. 26.)

Dub. ein 12 jähriger Knabe wurde im 2. oder 3. Monate von Krämpfen befallen, die anfänglich monatlich wiederkehrten und bis zum 4. Jahre auf seine Entwickelung keine störenden Einfluss ausübten. Er lernte sprechen, gehen, lesen u. s. w. Später traten die Convulsionen vornehmlich linkerseits auf, vergesellschaftet mit Parese ebendaselbst. Alsdann machte sich eine Abnahme der Intelligenz bemerkbar. Vom 10. Lebensjahre an Epilepsie, linkseitige Hemiplegie und hochgradiger Blödsinn. Patient litt nun beständig an Diarrhoe und multiplen Ulcerationen, magerte immer mehr ab und erlag schliesslich einer Pneumonie. Bei der Autopsie fand sich ein Meningoencephalitis, welche sich in verschiedenen Graden über beide Hemisphären erstreckte. Hier und da konnte man, besonders linkerseits, beim Abziehen der Pia, mit derselben mehr oder minder grosse Stücke der grauen Substanz hinwegnehmen. Aber über drei Viertel der convexen Fläche und der Innenfläche der rechten Hemisphäre nahm die Pia

mater die graue Substanz in ihrer ganzen Dicke mit sich fort und legt auf diese Weise die atrophirte und indurirte weisse Substanz ganz bloss. — Aehnliche Alterationen sind bisher wohl schon bei Paralytikern, *aber* noch nicht bei einem 12 jährigen Knaben beobachtet worden. Rabow (Berlin).

---

396) **Dixon:** A case of disseminated sclerosis. (Alienist & Neurologist 1882. pg. 50.)

Der Fall betrifft einen 59jährigen Arzt, der früher oft an schwerer Malaria gelitten hatte. Der Verlauf ist ein nicht gewöhnlicher und erinnert mehr an den von Tabes. Waehner (Kreuzburg).

---

397) **Mickle:** Rapid death from hemorrhage into the pons Varolii & medulla oblongata. (Alienist & Neurologist pg. 123 „Selections.")

M. bespricht die Zeitdauer zwichen Hämorrhagien des Gehirns und dem Eintreten des Todes, dann zwichen H. in die Med. obl. und pons. Beispiele für schnell eintretenden Tod nach letzteren sind selten; er ist wohl durch Lähmung des Respirationscentrums zu erklären aber auch, da künstliche Athmung ohne Erfolg geblieben ist, durch Reizung des herzhemmenden Vagus oder endlich durch eine Art „Shok„.

Der von M. selbst beobachtete Fall betraf einen 39 järigen Geisteskranken, der nach einer Pneumonie, im Bette sitzend, plötzlich erbrach und leblos zurückfiel. Künstliche Athmung, die nach schnell ausgeführter Tracheotomie eine Stunde lang fortgesetzt wurde, blieb ohne Erfolg. Die Autopsie ergab eine frische Hämorrhagie in Pons und med. oblong. Waehner (Kreuzburg).

---

398) **Poirier:** *De la contusion de l'encéphale.* (Ueber Gehirncontusion.) (Progrès médical Nr. 5. 6. 1882.)

Anatomisch stellt sich die Contusion in drei Stadien dar, je nach dem Grade der Quetschung des Gehirns. Bei dem geringsten durch einige rothe Puncte; varicös erweiterte und gewundene Gefässe; stärker gefärbte Pia, oft mit miliaren Ecchymosen. Im zweiten Stadium reissen die hyperämischen Gefässe, die durch einen Pfropf verschlossen und von diesem ampullenartig dilatirt sind; zwischen den Wänden und die Lymphscheide der Gefässe ergossenes Blut, auf der Pia carmin- oder braungefärbte Ecchymosen. Im dritten Stadium, der heftigsten Quetschung: zermalmte Gehirnsubstanz, zerrissene Blutgefässe und ergossenes Blut die alle von einem Wasserstrahl weggespült werden; Herde bis zur Grösse ganzer Hemisphären; Pia mit Blut infiltrirt, oft zerrissen wie die Dura. Nach des Verfassers Theorie entsteht die Contusion, die bestimmte Gehirnstellen zu bevorzugen scheint, durch Schwankung der Spannung des die Gehirn- und Rückenmarkshöhle erfüllenden Liquors, welche Gefässe zu zerreissen vermag. Er unterscheidet Commotion von Contusion durch die Stärke der Gewalt, welche die Gefässe bei der Commotion nur erweitert und zwar ohne sie zu zerreissen, während sie bei Contusion zerrissen sind. Die

Symptome beider sind natürlich vermischt, erst am 3. bis 6. Tag wenn die Reaction, Fieber und Meningoencephalitis eintritt, kann man die Contusion diagnosticiren. Nur in einzelnen Fällen ist sie in den ersten Stunden zu erkennen, wenn die Functionsstörungen die Zerstörung einzelner Centren wie die Hitzig'schen vermuthen lässt. Oft hat die Contusion einen solchen Punct nur gereizt und damit die Function des betreffenden Centrums gesteigert. Die häufig entstehenden diffusen Contractionen hält er für Folgen von Reizungen der Nerven der Dura. Die beiden ersten pathologisch-anatomischen Stadien könnten resorbirt werden oder Cysten bilden, aber in den meisten Fällen folge Abscessbildung und Meningitis.

Rohden (Oeyhausen).

---

399) **Amidon:** Deformity of the hand as a symptom. (Journ. of nerv. and ment. dis. 1881 pg. 693.)

Verf. bespricht die verschiedenen Arten von Handdifformität nach den verschiedenen Krankheitsbildern, deren Symptom sie sind, und theilt sie demnach ein in I. atrophische D., II. spastische D., III. paralytische D. und IV. in D. aus rein lokaler Ursache.

Zur ersten Gruppe rechnet er die D., wie sie beobachtet werden bei oder nach: 1. progressiver Muskel-Atrophie, 2. Lepra anaesthet., 3. Poliomyelit. ant., 4. Scleros. lat. amyotroph. 5. Pachymeningit. cervical. hypertroph. (Charcot's), 6. Erkrankung oder Verletzung peripherischer Nerven.

Zur zweiten Gruppe zählen 1. D. nach Hemiplegie, 2. D. bei Hysterie, 3. bei Athetose, 4. bei Paralysis agitans.

In der paralyt. D. Gruppe bespricht Verf. die bei Bleivergiftung und bei infant. Hemiplegie beobachteten.

Die der vierten Gruppe angehörigen D. skizzirt Verf. nur und behält sich eine ausführliche Besprechung vor; er führt nur kurz auf, illustrirt aber mit guten Abbildungen die D. 1. nach Arthrit. deform. 2. nach Arthrit. rheumat., 3. Dactylit. syphil., 4. Contract. fasc. palm., 5. bei Cyanosis digit., 6. bei Phthisis pulmon. 7. bei Scleroderma.

Der Hauptwerth von Verf.'s Besprechung liegt in der knappen, schlagenden Differentialdiagnose der einzelnen Diff. und in der Zusammenstellung guter characteristischer Abbildungen derselben.

Wähner (Kreuzburg).

---

400) **Stevens:** Oculo-neural reflex irritation. (Alien. & Neurolog. 1882. p. 87.)

St. ist auf Grund zahlreicher Beobachtungen zu dem Schluss gekommen, dass nicht allein direkte Verletzungen und auffallende schwere Erkrankungen (z. B. Staphylom), sondern auch Störungen der Nerven und Muskeln des Auges (Refractionsanomalien und aehnl.) in hervorragender Weise zu den peripherischen Reizen gehören, welche allgemeinere nervöse Störungen hervorrufen können. Verf. glaubt sogar, dass die ererbte Disposition zu Nervenstörungen oft mit der krankhaften Form und Verhältnissen der Augen ererbt ist. In Folge dessen

werden oft Nervenkrankheiten, die sonst jeder Behandlung spotten, einfach dadurch zu beseitigen sein, dass man die Muskel- oder Refractions-Anomalie des Auges entfernt. Waehner (Kreuzburg).

---

401) **Samelsohn** (Cöln): Zur Anatomie und Nosologie retrobulbärer Neuritis. (Amblyopia centralis.) (Gräfe's Archiv f. Ophthal. XXVIII. 1. p. 1—110.)

Diese schon früher bruchstückweise im C. f. med. Wissensch. und auf dem Londoner intern. med. Congress mitgetheilte Studie geniesst hier einer eingehenden, durch Zeichnungen der betr. mikroskopischen Präparate genau demonstrirten vorzüglichen Bearbeitung, deren Hauptwerth darin gipfelt, dass uns in derselben der erste anatomische Nachweis für das Vorhandensein einer primär entzündlichen Affection des extraoculären Sehnervenstückes bei der Neur. retrobulb. gebracht wird. Dieselbe macht sich in dem charakteristischen Auftreten eines centralen Scotomes zuerst bemerkbar. Da wir für letzteres nur eine Affection derjenigen Nervenfasern im Stamm des Sehnerven verantwortlich machen können, die die centrale Netzhautparthie versorgen, so musste natürlich auch das betr. untersuchte Präparat über den bis dahin unbekannten Verlauf dieser Fasern im Sehnervenstamme Aufklärung geben können.

S. fand die retrobulbäre Neuritis in 13% resp. 37% seiner Fälle von Opticus-Erkrankungen vertreten, je nachdem er die Intoxications-Amblyopie ausschloss oder ihnen zugesellte; sie zählt also zu den häufigsten idiopathischen Erkrankungen des Sehnerven.

In unserem Falle handelt es sich um ein 63 jähriges Individuum, welches bei normalem Augenspiegelbefund ein centrales Scotom beider Augen für Roth und Grün als Anfangssypmtom des Leidens zeigte. Dasselbe breitete sich allgemach immer weiter aus. Die Papillargränzen erwiesen sich bald als diffus leicht verschleiert, und stellte sich heftige Cephalgie ein. Inunctionstherapie ohne bessernden noch hemmenden Einfluss. Setaceum für 2 Jahre linderte nur die Schmerzen. Nach 3 Jahren beginnende Psychopathie, während absolutes centrales Scotom für Weiss und Farben in grosser Ausdehnung bestand und die temporale Hälfte der Papillen nur ein weisslich atrophisches Ansehen angenommen hatte, sonst normaler ophthalmoskopischer Befund Des Augenhintergrundes constatirt wurde. Daneben bestand Atherom. aortae, dilatatio arcus aort. und Insuffic. der Semilunarklappen. Tod in plötzlichem Collaps. Section erwies: Hirn hyperämisch, sinus der Dura stark gefüllt, atheromatöse Entartung der Gefässwände; Rindensubstanz röthlich-braun verfärbt, weisse Substanz état criblé, im rechten corp. striat. schmutzig gelbe Verfärbung des Hirngewebes. Chiasma, tractus und nerv. optic. äusserlich intact, kein Hydrops des Intravaginalraumes. Der makro.- und mikroskopische Querdurchschnitt durch den Nerven im Verlaufe durch den canalis opticus und nahe dem Bulbus wies nun eine partielle graue Verfärbung nach, die im ersten Falle genau central lag, und von einem überall gleich breiten Saume normaler Nervensubstanz umgeben

war und circ. $1/2$ der ganzen Querschnittfläche einnahm, während auf dem zweiten Durchschnitt die graue Degeneration in Form eines keilförmigen Sectors zu Tage trat, dessen Basis an der lateralen Circumferenz des Nerven, dessen Spitze an den Centralgefässen gelegen, circa $1/3$ des Flächeninhaltes der ganzen Scheibe einnahm. In beiden Sehnerven hatte dieser Degenerationsprocess in der Totalität seines Verlaufes eine bis in die kleinsten Details gleiche Richtung und Ausdehnung verfolgt, und wir können darnach schliessen, dass im canal. optic. die Maculae-Fasern ganz in der Achse des Nerven liegen, umgeben von einem peripherischen gleichmässigen Ringe von Nervenbündeln, die das excentrische Sehen vermitteln. Diese axiale Lagerung verändert sich kurz nach dem Austritt aus dem Canal in eine der temporalen Seite zu gewendete, um dann aus der cylindrischen in die dreieckige Gestalt übergehend sich zur Papille zu begeben und in die Retina auszustrahlen. Die Macula bezieht ihre Fasern zu gleichen Theilen aus dem gekreuzten und ungekreuzten Bündel der Sehnervenfasern, und versorgen letztere den Theil der Retina, der lateral von dem durch die Mitte der Macula ziehenden verticalen Meridian liegt, während die Fasern des gekreuzten Bündels in der medianwärts gelegenen Retinalparthie sich ausbreiten. Die Durchkreuzung dieser beiden Faserbündel findet wahrscheinlich im Verlauf des Sehnerven statt.

Anatomisch manifestirt sich die Affection als eine partielle interstitielle Neuritis des Sehnerven mit ausgesprochener Neigung zu narbiger Schrumpfung und secundärer descendirender Atrophie der Sehnervenfasern. Aetiologisch sind Erkältungseinflüsse und Intoxicationen in specie Alkohol und Tabaks-Genuss als Schädigungsmomente anzusehen; also Schädlichkeiten, die einen Reiz auf das interstitielle Gewebe der Organe ausüben, während sie das Parenchym unberührt lassen. Das nur partielle Auftreten des degenerativen Processes in einem ganz bestimmten Fasercomplex der Sehnerven, dem der Macula, mag in den anatomisch-physiologischen Verhältnissen beruhen, denen die Sehnerven im Verlauf durch den canalis opticus unterliegen und die seine Circulations- und Ernährungsverhältnisse wesentlich bedingen. Verf. geht dann näher auf die Symptomatologie des Processes ein, deren nähere Details mehr das Interesse des Ophthalmologen in Anspruch nehmen. Die Heilung resp. Aufhellung geht vom Rande des Scotoms aus dem Centrum zu. S. hat die günstigsten Wirkungen vom Gebrauch des Jodkalium in hohen Dosen gesehen, so dass er sogar die centrale Amblyopie für die der Behandlung zugänglichste Sehnervenerkrankung erklären möchte. Nieden (Bochum).

---

402) **Pusinelli** (Leipzig): Ueber die Beziehungen zwischen Lues und Tabes. (Arch. f. Psych. XII. 3 p. 706.)

Vf. hat von den 88 Tabesfällen, die im Leipziger St. Jacobs-Hospital von 1868—81 zur Beobachtung kamen, 51 verwerthet, die in Bezug auf Anamnese, Status und Sectionsbefund durchaus klargestellt waren. Es ergab sich:

Lues nicht voraufgegangen	in 24 Fällen	=	47 %
Lues voraufgegangen	in 16 „	=	31 %
Schanker ohne sek. Erscheinungen	in 9 „	=	17,6%
Zweifelhaft ob weicher oder harter Schanker	in 2 „	=	4 %

Nachdem mehrere Krankengeschichten und Tabellen mitgetheilt sind, kommt P. zu dem Schluss, *dass weder aus dem klinischen Verlauf, noch aus der Therapie, noch aus der pathologischen Anatomie der Beweis für die Existenz einer auf Syphilis beruhenden Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge hervorgehe.* (In Bezug auf die Therapie ist hervorzuheben, dass antiluetische Curen — wie von den meisten Autoren beobachtet — nur von zweifelhaftem Erfolge waren.)

Vf. glaubt indessen, *dass eine gewisse Wechselwirkung bestehe, indem einmal bei vorhandener Prädisposition zur Tabes durch die Lues das Gelegenheitsmoment zur Erkrankung gegeben werden könne, das andere Mal die Durchseuchung des Körpers mit syphilitischem Gifte eine Prädisposition zur Tabes verursache, besonders wenn auf den Körper weitere für Tabes besonders specifische Schädlichkeiten einwirken.* Langreuter (Dalldorf).

---

403) **W. B. Neftel** (New-York): Die galvanische Behandlung der Tabes dorsalis nebst Bemerkungen über die abnorme galvanische Reaction der sensiblen Hautnerven. (Arch. f. Psych. XII. 3. p. 616.)

Von der Annahme ausgehend, dass der Ausgangspunkt der Krankheit im Grosshirn zu suchen, der Rückenmarksprocess erst ein secundärer sei, wendet Verf. folgendes Verfahren an: Tägliche Galvanisation des Gehirns, der jedesmal die Galvanisation des Rückenmarks in aufsteigender Richtung folgt. Die breite Anode wird in der Gegend der unteren Lendenwirbelsäule und die Kathode am Nacken applicirt. Der Anfangs schwache Strom wird bis auf 12, 15, 20, Siem. Elemente verstärkt. „Nach etwa 3 Minuten Stromdauer wird die Intensität etwas geschwächt, sodann wird die Anoda einigemal langsam und einen starken Druck ausübend die ganze Wirbelsäule entlang geführt und zwar nicht nur über die processus spinosi, sondern auch seitlich von ihnen während die Kathode stabil am Nacken gehalten wird." Die Behandlung muss etwa 4—6 Monate fortgesetzt, auch nachträglich jährlich während eines oder zweier Monate wieder aufgenommen werden. N. hat von seiner Methode sehr günstige Resultate gesehen. Drei Krankheitsgeschichten werden mitgetheilt. — Im Laufe seiner Versuche beobachtete er ein abnormes Verhalten der sensiblen Hautnerven bei Tabeskranken. Während bei Application des galvanischen Stromes bei Gesunden *an der Kathode* zuerst Hautbrennen eintritt, entstand dasselbe Brennen bei Tabetikern früher *an der Anode,* und trat erst mit Besserung der Affection allmählig normales Verhalten ein. Langreuter (Dalldorf).

404) **Franz Fischer** (Pforzheim): Die allgemeine Faradisation. Eine Electrisationsmethode nach Beard und Rockwell. (Arch. f. Psych. XII. 3 p. 628.)

„Unter allgemeiner Electrisation im Sinne von Beard und Rockwell. (zuerst im J. 71 publicirt) versteht man eine electrische Behandlungsmethode, bei welcher der ganze Kösper successive und in systematischer Weise mit Berücksichtigung der in der electrischen Topographie festgesetzten Puncte, unter die Einwirkung eines Poles gebracht wird, während der andere Pol an einer bestimmten Stelle stabil ist.“ Verf. applicirte den stabilen Pol (in Form einer Fussplatte) an den Fusssohlen und verband ihn mit der Kathode (sec. Spirale) während die Anode an der Körperperipherie herumgeführt wurde mit besonderer Berücksichtigung des Centralnervensystems. An Rücken, Brust, Bauch und Extremitäten wurden mittelstarke, an Kopf und Hals schwache Ströme angewendet. Dauer einer Sitzung: 5 bis höchsten 45 Min., Häufigkeit: 2—3 mal wöchentlich. Die auf solche Weise zu behandelnden Leiden werden folgendermassen rubricirt:

1. Krankheiten, welche von Beeinträchtigung der Ernährung oder von allg. Schwäche der vitalen Function abhängen: (nervöse Dyspepsie, Neurasthenie, Anämie, Chlorose, Hypochondrie, Hysterie etc.)

2. Krankhafte Zustände die von einer nicht diagnosticirbaren lokalen Ursache abhängen (Neuralgie, Paralyse, Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie.)

3. Einzelne lästige Symptome im Verlauf von unheilbaren Krankheiten, die von Störungen der Ernährung begleitet sind.

Von den mitgetheilten 3 Krankheitsgeschichten betraf die erste eine 30jährige Patientin, die an melancholischen Angstzuständen litt verbunden mit vasomotorischen Erscheinungen. Heilung nach 24 Sitzungen. Im zweiten Falle wurde hochgradige Nervosität (Neuralgien Sensationen) bei einem 35jährigen Patienten nach 29 Sitzungen nahezu geheilt. Im 3. Falle gelang Heilung einer hartnäckigen Chlorose bei einem 12jährigen Mädchen nach 26 Sitzungen.

Langreuter (Dalldorf).

---

405) **Ballet:** Deux cas de vomissements nerveux traités avec succès par l'alimentation artificielle. (Zwei Fälle von nervösem Erbrechen mit Erfolg behandelt durch künstliche Ernährung.) (Le Prog. méd. Nr. 24. 1882).

Gegen das Erbrechen der Phthysiker hat die künstliche Ernährung durch Einführung der Sonde überraschend günstige Resultate ergeben. Dasselbe Verfahren hat nun B. mit Erfolg bei zwei hysterischen Frauenzimmern in Anwendung gebracht. Dieselben erbrachen Alles, was sie per os einnahmen, behielten dagegen die mit der Sonde eingeführte Nahrung. Sie nahmen bei der künstlichen Ernährung an Körpergewicht zu und konnten schliesslich auch wieder die directe Nahrungsaufnahme vertragen.

Rabow (Berlin).

---

406) **N. Bogojawlenski:** Ueber die pharmakologische und klinische Wirkung der Blüthen von Convallaria Majalis auf das Herz. (Inaug. diss. Petersburg 1882.)

Verf. hat Versuche an Fröschen, Warmblütern und am Krankenbette gemacht, hauptsächlich an Kranken die an Klappenfehlern mit Compensationsstörungen litten. Es wurde als Infus (4—8 : 200) mehrmals täglich gegeben. Ich hebe folgende Resultate hervor:

1. Der Puls wird voller und langsamer, in vereinzelten Fällen jedoch zeigte sich bei deutlicher Veringerung aller Symptom der Compensationsstörungen eine unbedeutende Beschleunigung des Pulses. 2. Die in einigen Fällen beobachteten Unregelmässigkeiten des Pulses verschwanden oder verringerten sich bedeutend. 3. Die Kraft der Herzthätigkeit wurde bedeutend verstärkt, die Herzdämpfung vermindert. Diese Erscheinungen traten in gleicher Weise bei Insufficienz wie bei Stenosen hervor. 4. Die stets beschleunigte Athmung wurde verlangsamt. In einigen Fällen geschah das nicht, gleichwohl aber verschwand die quälende Athemnoth. 5. Das Mittel erwies sich als stark diaphoretisch in allen Fällen von Compensationsstörungen selbst da, wo der Einfluss auf die Herzthätigkeit nicht bemerkbar war, im Allgemeinen aber ging die harntreibende Wirkung parallel mit der Erhöhung der Herzthätigkeit und des Blutdruckes in den Arterien. 6. Alle Stauungserscheinungen im grossen und kleinen Kreislaufe schwanden. 7. Das Allgemeinbefinden besserte sich bedeutend, hauptsächlich in Folge der Beseitigung der Athemnoth.

Bisweilen trat Erbrechen ein, bisweilen Durchfall, welches beides auf Aussetzen des Mittels rasch schwand.

Aus allem geht hervor, dass Convallaria der Digitalis ungemein ähnlich wirkt, wobei aber von praktischer Wichtigkeit ist, dass *Convallaria nicht cumulativ* zu wirken scheint. Ferner soll es bei allen „Herzneurosen“ mit bedeutendem Vortheile angewandt werden und in dieser Beziehung nach den Erfahrungen in der Botkin'schen Klinik alle anderen Mittel bei Weitem übertreffen. Verf. berichtet kurz über 2 eigene Fälle von Basedow'scher Krankheit, welche durch Convallaria bedeutend gebessert wurden.

Die Tierexperimente erscheinen etwas unvollkommen, wesshalb wir sie nur kurz berühren. Verf. bestätigt in Ganzen die Resultate von Marmé. Buch (Helsingfors).

---

407) **Victor von Olderogge** (St. Petersburg): Etwas über die Schwankungen des Gewichts bei Epileptischen. (Arch. f. Psych. XII. Bd. III. Heft p. 692.)

Vorstehende Arbeit bildet eine sehr scharfe Controverse gegen einen Artikel von Kowalewsky (Charkow) der im II. Hft. d. Arch. v. J. 1880 erschien: „Das Wägen der Epileptischen als objectives Zeichen epileptischer Leiden.“ K. war zu dem Schlusse gekommen, dass die Gewichtsabnahme *während* epileptischer Anfälle (ebenfalls Petitmal) eine sehr bedeutende ist, 2—5—9 Pfd! (Ein russ. Pfd. = 409.5 gr.) Er hält diese Abnahme für eine so constante, dass sie diagnostisch, zur Unterschei-

dung von simulirten Anfällen, zu verwerthen sei. Olderogge constatirt die Ungenauigkeit der Kowalewsky'schen Versuche, da die Nahrungsaufnahme und Defäcation nicht genau controlirt und die Wägungen in unregelmässigen Zeiträumen, bis 24 St. nach stattgehabtem Anfall vorgenommen wurden und ebenfalls nicht mitgetheilt ist, ob der Autor selbst sie ausführte etc. Olderogge sieht in diesem Verfahren mit Recht eine Anzahl von Fehlerquellen, die er in seinen Versuchen dadurch ausschaltete, dass *er selbst* seine Kranke nach jeder Mahlzeit, nach jedem Stuhlgang und nach jedem Anfall wog. Obendrein wurden Speisen, Getränke und alle Dejectionen besonders gewogen, auch wenn letztere während des Anfalls stattfanden. Es wurden nur Kranke verwendet, bei denen ein Status prae- und post-epilepticus entweder gar nicht oder nur ganz unbedeutend vorhanden war. Während der 2 monatlichen Versuchszeit wurde alle Arbeit eingestellt. — Es werden die Zahlen von 8 dieser genauen Beobachtungen mitgetheilt und sind die Resultate allerdings ganz andere als die von Kowalewsky gefundenen.

Die Gewichtsabnahme betrug nach den Anfällen nur 23.2—176.7 gramm, Verluste, wie sie bei vollkommen Gesunden innerhalb weniger Stunden leicht vorkommen. Verf. hat letzteres durch Controlversuche nachgewiesen. Es ergiebt sich daraus zur Evidenz, dass die Gewichtsabnahme während des epileptischen Anfalls eine durchaus physiologische genannt werden muss. — Die grosse Zahl der von Kowalewsky beobachteten Fälle (115) gegenüber der kleinen Olderogges (8) vermag die Fehler der Wägungen nicht aufzuheben.

Langreuter (Dalldorf).

---

408) **Arnold** (Baltimore): A case of Hystero-Epilepsie. (The journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

Der Fall betrifft ein junges Mädchen, das angestrengte Nähmaschinenarbeit verrichten musste. Zuerst permanente Flexion des Ringfingers der rechten Hand, dann Contractur des stark pronirten rechten Arms. Finger fest eingeschlagen. Gelegentlich spontane Relaxation jedesmal von vollständigem Trismus gefolgt. Jeder Tag brachte dann neue Symptome: Tonische und clonische Krämpfe aller Muskelgruppen, darunter anscheinend lebensgefährliche Spasmen der Glottis und des Diaphragma's. Groteske Stellungen u. s. w. Vollständige Anästhesie des rechten Arms und der rechten Gesichtshälfte. Immunität gegen die stärksten Narcotica. In Folge einer psychischen Einwirkung Aufhören der Anfälle während 3er Monate. Als Pat. trotz Abmahnens ihre Arbeiten an der Nähmaschine wieder aufnahm, trat bald wieder Contractur im rechten Arm auf.

Kron (Berlin).

---

409) **V. Parant** (Toulouse): Note sur la pathogénie des hallucinations à propos d'un cas d'hallucinations volontaires psychosensorielles chez une alienée. (Annal. méd. psychol. 1882 Mai.)

Die Hallucinationen sind nach Verf. weder als rein psychische Vorgänge aufzufassen, noch kommen sie ausschliesslich in den centralen und peripheren Apparaten der Sinnesorgane zu Stande: sie sind

psychosensoriell. Zum Beweis einer Betheiligung der Sinnesorgane führt Verf. die Thatsachen an, dass Personen mit Strabismus ihre hallucinatorischen Bilder häufig doppelt sehen, ebenso wie solche, welchen während der Hallucinationen ein Prisma vorgehalten wird. Die Mitwirkung der Psyche wird durch das Vorkommen gewollter Hallucinationen veranschaulicht, wovon Verf. folgenden Fall mittheilt, nachdem er die pathologische Hallucination mit dem psychologischen Vorgang der künstlerischen Intuition verglichen hat:

Die Kranke ist 38 Jahre alt und seit mehreren Jahren geisteskrank; sie leidet an lebhaftem Verfolgungswahn mit Hallucinationen. Der Inhalt ihrer Wahnvorstellungen ist vorzugsweise sexueller Natur, indem sie sich fortwährend für ein Opfer unsittlicher Attentate hält. Was nun ihre gewollten Hallucinationen betrifft, so wird mitgetheilt, dass sie an bestimmten Orten, verschlossenen Fenstern und Thüren sich aufstellt und nach mehrmaligem Klopfen eine Conversation beginnt, von welcher der Gesunde natürlich nur die von ihr gesprochenen Worte vernimmt, während sie selbst von mehreren Personen allerlei Antworten erhält. Diese Art der Unterhaltung kann sie jederzeit freiwillig hervorrufen und als Beweis, dass nicht nur psychische Vorgänge derselben zu Grunde liegen, führt Verf. an, dass sie mehrere Stimmen deutlich unterscheiden kann, was ohne Betheiligung des Sinnesapparates nicht wohl gedacht werden kann.

Engelhorn (Maulbronn).

---

410) **Hughes:** Acute dementia occuring in an old man. Recovery after two and one-half months of treatment. (Alienist & Neurolog. 1882. p. 272.)

H. theilt den Fall mit, weil hier bei einem 64jährigen alten Mann die Heilung einer acuten Demenz und zwar in so kurzer Zeit erfolgte. Pat. war früher körperlich und geistig frisch gewesen und hatte nur vorübergehend, 15 Jahre zuvor an Vertigo-Anfällen gelitten, bot das Bild einer acuten Demenz mit Hallucinationen. Schon 6 Wochen nach Beginn der Erkrankung trat Besserung ein, die allmälig zur vollständigen Heilung gedieh. H. hielt sich von vorneherein berechtigt, eine gute Prognose zu stellen, weil er als (allgemein gültige) günstige Zeichen constatiren konnte, dass: a. die Pupillen beiderseits sehr beweglich waren: b. kein arcus senil. oder sonstiges Zeichen vorgeschrittener Altersschwäche, c. kein Atherom vorhanden war: d. Pat. früher körperlich und geistig wohl war: e. Pat. in Folge geistiger Ueberanstrengung frisch erkrankt war: f. sonst kein Zeichen von organischer Hirnerkrankung vorhanden auch g. keine Apoplexie vorausgegangen und h. die intracraniellen Nervencentren intact geblieben waren.

Waehner (Kreuzburg).

---

411) **Graeme M. Hammond** (New-York): A case of acute mania with abscess of the liver. (Akute Manie mit Leberabscess.) (The journal of nervous and ment. disease. April 1882.)

Ein 40jähriger Mann wird mit der Diagnose „progress. Paralyse“ eingeliefert: Grosse Schwäche, Unfähigkeit, ohne Unterstützung zu gehen, Sprache

unverständlich. Gehörs- und Gesichts-Hallucinationen; keine Wahnideen. Gedächtniss sehr defekt. Im Allgemeinen ruhiges Verhalten bei Tage, in der Nacht Tobsucht. Diagnose in der Anstalt (W. Hammond): „Akute Manie.“ Behandlung: Bromnatrium, Ergotin, Jodkalium, Cauterium actuale auf den Scheitel.

Eine Woche nach Aufnahme findet W. Hammond einen Leberabscess (cf. Referat Nro. 166 d. J. 1881.) Nach Entleerung von 8 Unzen Eiter mittelst Aspirators mehrtägige Besserung (Ruhe, geringere Benommenheit, Hebung der Kräfte), bald darauf noch grössere Schwäche als früher, unzusammenhängendes Murmeln, Aufschreien, Coma, Exitus. Temperaturangaben etc. wurden nicht gemacht.

Section 12 Stunden p. m.: Dura am Schädel adhärent, stark verdickt. „Unter der Dura graulich-weisse, über die ganze Convexität zerstreute Flecke.“ Pia ödematös und der Hirnoberfläche adhärent. Hyperämie des Gehirns. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt nichts Abnormes.

In der Leber die auf Wallnussgrösse geschrumpfte Abscesshöhle.

Kron (Berlin).

---

412) **Hughes:** The special therapeutic value of hyosciamine in psychiatry. (Alienist und Neurologist. 1882. pg. 249.)

H. erwähnt die bekannt gewordenen Ansichten der verschiedenen Autoren über die Wirkungsweise des Hyoscyamin und ist auf Grund derselben und eigener Beobachtung von dem grossen hypnotischen Werth der Drogue bei maniacalischen Aufregungszuständen von sthenischem Typus und bei Epilepsie überzeugt. Bei der Anwendung des H. habe man zu beachten, dass kleine Dosen nur excitirend wären, grosse dagegen gefährliche Depressionserscheinungen hervorrufen, dass ausserdem eine etwaige Idiosyncrasie und Diathese die Dosis mit bestimmen muss. H. verwendete das amorphe (Merk'sche) Präparat in alkoholischer Lösung, stets nur in hypodermatischer Gabe.

Waehner (Kreuzburg).

---

413) **Wright:** Inebriety. A study upon alcohol in its relations to mind and conduct. (Alienist und Neurologist. 1882 pg. 217.)

Verf. geht bei seiner Studie von den Wirkungen aus, die der in Menge eingeführte Alkohol auf den Organismus ausübt und entwickelt, wie sich der Rausch als eine acute Intoxicationsmanie darstellt. Er führt dann aus, wie sich die entsprechende chronische Manie, die Dipsomanie, das Bild des chronischen und impulsiven Trinkers entwickelt. Es werden die verschiedenen prädisponirenden und erregenden Ursachen der Trunksucht besprochen. Hinsichtlich der Therapie schliesst sich Wr. ganz der von Crothers (s. R. in Nro. 5 dieses Jahrg.) vertretenen Ansicht an, vor Allem auch der, dass der freie Verkauf von Alkoholicis durch gesetzliche Massregeln geordnet werden müsse.

Waehner (Kreuzburg).

---

414) **Crothers** (Hartford. Conn.): A study of the causation of inebriety. (Die Ursachen der Trunksucht.) (The journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

Trunksucht ist Krankheit. Dieselbe kann auf dem Wege der Heredität entstehen und zwar entweder direct (Kinder trunksüchtiger

Eltern zeigen manchmal früh Neigung zu Spirituosen) oder indirect als Zeichen der Degenerescenz bei Individuen, in deren Familie früher einmal in irgend einer Weise der Grund zur Neuropathie gelegt worden ist. Als Veranlassungen können, auch ohne Prädisposition, alle Momente gelten, die auf das Gehirn- und Nervensystem schädlich einwirken. Dahin gehören einerseits Körperverletzungen (Fall auf den Kopf, Fracturen von Extremitäten, etc.) andererseits Gemüthsbewegungen („psychische Traumen.“) Für alle diese Momente führt Verf. drastische Beispiele an. Zu den Ursachen gehört ferner körperliche und geistige Erschöpfung, z. B. auch Hunger, Krankheit, angestrengtes Arbeiten etc. Der Alcohol wird zuerst als Reizmittel resp. Sedativum, später gewohnheitsmässig herangezogen.

Die Trunksucht ist entweder ein Symptom anderer psychischer Affectionen oder sie ist, wie in den meisten Fällen, eine Krankheit für sich, deren Wesen noch weiter ärztlicherseits studirt werden muss. Dadurch wird auch Klarheit in das dunkele Phänomen der Periodicität kommen, bei der die Intervalle oft auf die Stunde berechnet werden können. In einem Falle betrug die Pause längere Zeit lang unveränderlich 41 Tage und 8—10 Stunden, in einem andern hundert und acht oder zehn Stunden. Kron (Berlin.)

---

415) **Morton** (New-York): Colonie treatment of the insane: a visit to Fitz-James, at Clermont, in France. (The Journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

M. hat Fitz-James bei Clermont besucht und schildert dies als das glänzenste Beispiel für die Behandlung der Geisteskranken. Er fand am Tage seiner Besichtigung 1000 Pat. in der Colonie. Dieselbe besteht aus 2 Hauptabtheilungen, einem Centralgebäude und einigen grossen Landhäusern, die ungefähr eine Meile davon abliegen und etwa 1500 Morgen umfassen. Die Kranken werden durch Omnibusse hin- und zurückbefördert. (Nichts bringt einen widerspänstigen Pat. so schnell zum Gehorsam, als die Drohung, ihn von den Landhäusern wieder in das Hauptgebäude zurückzuversetzen). Die Fenster des zweiten Stockwerks im Centralgebäude (Hospital-Abtheilung) waren vergittert, sonst fand sich nichts von Restraint. 600 Kranke arbeiteten auf dem Felde. Jedes der beiden Landhäuser (Fitz-James und Villers) hat 3 Abtheilungen, eine für arme und für zahlende Männer, eine für zahlende Frauen und eine für arme Frauen. Die Arbeit geschieht in Trupps von 20—30 Mann, unter Aufsicht je eines Wärters.

Der interessanteste Theil war die Abtheilung für Weiber. Hier arbeiteten 150. Ein kleiner Bach fliesst von einem benachbarten Hügel her durch die Bäder. Dort ist das Waschhaus für die ganze Colonie aufgeschlagen, mit Maschinen, deren Ingenieure und Heizer geisteskranke Frauen sind.

In den Gehöften von Fitz-James fanden sich 40 Pferde, 1800 Schaafe, 200 Kühe, 80 Schweine und 400 Ziegen, in Villers, wo 130 Pat. arbeiten, 600 Schaafe, 32 Ochsen, 15 Pferde — ein sprechender

Beweis für die Selbständigkeit der Colonie. Ausserdem ist für eine Schmiedewerkstätte, für eine Mühle und eine Schlächterei gesorgt, wo überall Pat. thätig sind.

Kron (Berlin).

III. Vereinsberichte.

I. Société de Biologie.

Sitzung vom 24. Januar 1882.

417) **Robin** berichtet über 3 Fälle von *Delirium tremens,* welche mit *acuter Meningitis* endeten. Diese Complication, auf welche bisher nur Jaccoud aufmerksam gemacht hat, scheint verhältnissmässig häufig vorzukommen. Sie dürfte nichts weiter sein als eine Evolution der cerebralen Congestion, welche man in alten Autopsien (von Del. trem.) findet.

Rabow (Berlin).

II. Académie de Médecine.

Sitzung vom 27. Januar 1882. (Le Progrès méd. 1882. Nro. 26.)

Denis-Dumont hat in einer früheren Sitzung über einen durch *Pilocarpin geheilten Fall von Lyssa* vorgetragen.

418) **Bouley** sucht nun nachzuweisen, dass es sich hier nur um einen Fall von imaginaerer Lyssa gehandelt und bedauert, dass man nicht den Speichel desselben dem Gehirne eines Hundes inoculirt habe. Dujardin-Beaumetz hebt hervor, dass er in 6 Fällen von Rabies Pilocarpin versucht und eine Verschlimmerung der Symptome eintreten gesehen habe. Er hat ausserdem Gelegenheit gehabt, bei dieser Krankheit mit Codein, Valdevin, Hoang-nan, Angustura Knoblauch und Dampfbädern zu experimentiren. Das Resultat war ein ziemlich negatives. Schliesslich theilt er 2 Beobachtungen von falscher Lyssa mit. In dem einen Falle hatte Jemand geglaubt, von dieser Krankheit befallen zu sein, weil er Fleisch von einem an Hundswuth zu Grunde gegangenen Hunde gegessen. In dem andern handelt es sich um einen Mann, der bei seinem Tode alle Symptome der Lyssa zeigte und nichts weiter als Alkoholist war.

Rabow (Berlin).

III. Berliner medicinische Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 10. Juli 1882.

419) **Senator** spricht über einen Fall von *Erkrankung des Ganglion Gasseri.*

Ein 39jähriger Arbeiter, am 1. Juni in das Berliner Augustahospital aufgenommen, empfand 5 Wochen vorher Ziehen in der Haut der linken Gesichtshälfte, Ohrensausen und Kopfschmerzen. 3 Wochen nach der Aufnahme Entzündung des linken Auges und „Lähmung" der linken Gesichtshälfte. Die Sehkraft links nahm schnell ab bis zur völligen Erblindung. Pat. kaute nur auf

der rechten Seite. Der Geschmack fehlte links gänzlich; auch fühlte Pat. daselbst nichts, es erschien ihm, als ob aus einem an den Mund gesetzten Glase ein Stück ausgebrochen sei. Der Mann war nicht hereditär belastet, syphilitische Infection wurde in Abrede gestellt, Symptome derselben waren nicht auffindbar. Bei der Aufnahme zeigte Pat. freies Sensorium, konnte nur mit Hülfe gehen, hatte häufige Schwindelanfälle. Beklopfen des Schädels war links über dem Ohre schmerzhaft, die Gesichtshaut, Nasen- und Mundschleimhaut, Zunge, Ohr-Tragus, Bindehaut und Cornea links *unempfindlich*. Die letztere weiss und weich. Irisprolaps. Spannung herabgesetzt. Bulbus weich, seine Bewegungen etwas herabgesetzt, die Reflexe fehlten. Dagegen keine Abmagerung oder Temperaturveränderung links. Gehör links etwas schwächer. — 4 Wochen nach der Aufnahme Schwellung des linken, später des rechten Kniegelenkes. Zurückgehen desselben. Nach 5 Monaten Schwellung der Fussgelenke, allgemeine Besserung und wiederkehrendes Sehvermögen nach Anwendung von Schutzverband. Verschlechterung des Sehens nach Ablassen desselben. Die Cornea vernarbte, die Röthe der Conjunctiva verschwand. Die Anaesthesie links war wesentlich gebessert, als Pat. Febr. 82 entlassen wurde.

Diagnose: Erkrankung der *Ganglion gassèri*, Ursache und Art derselben fraglich. Therapie: Jodkali und Ableitung auf den Darm.

Der Vortragende erörtert dann die Ursache der Augenaffection, die nicht auf Vertrocknungskeratitis zurückzuführen sei, da die Empfindlichkeit des gesunden Auges den Lidschlag regulirte und entscheidet sich mehr für die Annahme einer Ernährungsstörung als die einer Neuroparalyse. Für seine Ansicht spräche ein von Haase veröffentlichter Fall von ähnlicher Augenaffection in Folge eines intrapentinen Herdes. Die Degeneration betraf hier nur die meisten Fasern des ersten Quintusastes, während die übrigen und das Ganglion Gasseri intact waren, die trophischen Fasern nehmen demnach ihren Ursprung vom Pons. Die übrigen Erscheinungen des vorliegenden Falles bieten hinsichtlich ihrer Erklärung keine Schwierigkeiten bis auf das Auftreten der intercurrenten Gelenkschwellungen. Sie seien mehrfach beobachtet, hätten aber bisher noch keine genügende Erklärung finden lassen. Matusch (Dalldorf).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. S. (psych. Klinik und Irrenanstalt), Volontairarzt, 13. Aug. bezw. 1. Septbr., 1200 Mark, freie Station. 2) Leipzig (Univ.-Irrenklinik), erster Assistenzarzt, „sofort oder später", 1800 M., freie Station. 3) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Assistenzarzt, August oder September; 1200 Mark, freie Station, Reisevergütung. 4) Altscherbitz: Volontairarzt, bald, 1200 M. freie Station. 5) Sachsenberg, II. Assistenzarzt, bald, 1500 M., fr. Stat. erster Classe.

Beförderungen. Dr. Kahler und Dr. Ganghofner in Prag, Dr. Seeligmüller in Halle a./S. zu ausserordentlichen Professoren.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. August 1882. Nro. 16.

INHALT.

I. Referate.

419) **G. Buccola:** Nuove ricerche sulla durata della localizzazione tattile. (Neue Untersuchungen über die zur Localisation einer Tastempfindung nothwendigen Zeit.) (Riv. di filosofia scient. I. B.)

In einer früheren Arbeit hatte B. bereits nachgewiesen, dass Tastempfindungen von jenen Hautstellen aus, welche mit dem feinsten Lokalsinne ausgestattet sind, am schnellsten percipirt werden.

Aus den neueren Versuchen des Verf. gehen Thatsachen hervor, welche mit dem oben angeführten Gesetze in vollem Einklange stehen.

Für entsprechende Hautstellen der beiden Körperhälften ist im Allgemeinen die Reactionszeit gleich. Wird aber an einer umschriebenen Hautstelle auf künstlichem Wege durch Sinapismen, Magnete, electrische Ströme u. dgl. Hyperästhesie erzeugt, so wird die Reactionszeit merklich verkürzt, (beispielsweise von 0,234 Sec. auf 0,200 Sec.) während an der homologen Hautstelle der andern Seite gleichzeitig mit der auftretenden Anästhesie die Reaction verlangsamt wird.

Obersteiner (Wien).

---

420) **G. Buccola**: La riproduzione delle percezioni di movimento nello spazio visivo. — La riproduzione delle percezioni di movimento nello spazio tattile. (Die Reproduction der Bewegungswahrnehmungen im Gebiete des Gesichtsinnes — des Tastsinnes.) (Riv. di filosofia scientif. 1. Band. 4. u. 6. Heft.)

Die beiden Arbeiten sind psychometrischen Untersuchungen über das Gedächtniss gewidmet. In der ersten Versuchsreihe kam ein Zeiger in Verwendung, welcher mit einer bestimmten Geschwindigkeit (10 Secunden) eine vollständige Umdrehung auf einem Zifferblatte vollführte. Die Versuchsperson fixirte beispielsweise den Zeiger während einer Viertelumdrehung (2,5 Sec.) und trachtete sich dieselbe Bewegung mit der gleichen Geschwindigkeit vorzustellen; dabei ergaben sich selbstverständlich immer kleine Fehler, dieselben schwankten aber in fast genau übereinstimmender Weise nach der positiven und nach der negativen Seite. Wurde gleichzeitig mit der Reproduction des optischen Bildes der Zeigefinger der rechten Hand mit der vorgestellten Geschwindigkeit vor einem weissen Gesichtsfeld z. B. der gegenüberliegenden Wand weitergeführt, so waren die Fehler durchwegs geringer; hier kam der Muskelsinn der Armmuskeln der Erinnerung an den Gesichtseindruck zu Hülfe.

In gleichem Verhältniss mit der Länge der Zeit, während welcher der Zeiger beobachtet wurde, steigen auch die Fehler der Reproduction; so war beispielsweise bei einer beobachteten Zeit von 2,5 Sec. der grösste positive Fehler 0,294, bei 5 Sec. 0,598, bei 10 Sec. 1,015 während sich also die Zeiten wie 1 : 2 : 4 verhalten, ist das Verhältniss der Fehler 1 : 2 : 3,94. — Dasselbe Verhältniss gilt auch für die negativen Fehler, sowie für die Minima der Fehler. —

In der zweiten Versuchsreihe wurde ein Pinsel mit bestimmter Geschwindigkeit über einen Theil der Hautoberfläche geführt, und hierauf das Gefühl dieser Bewegung insbesondere die Schnelligkeit derselben reproducirt. Dabei ergab sich, dass — wenigstens soweit es sich um die verschiedenen Regionen der Haut handelt — die reproducirte Zeit immer länger war, als die wirkliche Perception, und zwar werden diese Fehler mit zunehmender Geschwindigkeit grösser. Je feiner das Localisationsvermögen einer Hautstelle ist, um so kleiner

werden die Fehler der Reproduction, dieselben nehmen, unter sonst gleichen Verhältnissen auch ab, wenn die gereizte Hautoberfläche eine grössere wird. Obersteiner (Wien).

---

421) **A. Tscherepnin:** Zur Physiologie des Herzhemmungsapparates. (Inaug.-diss. Petersburg, 1881. 8⁰. 181. S. russisch.)

Nachdem A. B. Meyer sowohl, wie Tarchanow und Puelma gefunden, dass bei Hunden und Kaninchen nach Reizung des einen Vagus bis zur Ermüdung die Reizung des anderen keinen Herzstillstand bewirkt, bei Fröschen dagegen die Reizung des einen Vagus keinen Einfluss auf den anderen hat, woher Tarchanow annahm, dass bei Warmblütern beide Vagi einen gemeinschaftlichen, Frösche dagegen einen getrennten Herzendapparat haben, hatten Gamgee und Pristley gefunden, dass die Vagi der Warmblüter sich gegen Reizung ebenso verhalten wie die der Frösche. Verf. unternahm nun zur Erklärung dieser Widersprüche Versuche, deren Resultate er selbst folgendermaassen referirt. 1. Kurzdauernde Reizung eines Vagus beim Hunde ruft je nach der Stärke der Reizung eine mehr oder wenigerer bedeutende Ermüdung des ganzen Herzhemmungsapparates hervor. 2. Die Ermüdung verschwindet auch nach sehr starker Reizung in sehr kurzer Zeit, 10—13". 3. Bei fortgesetzter Reizung eines Vagus erholt sich der Endapparat gleichfalls in Folge der Ermüdung des Nervenstammes an der Applicationsstelle der Electrode, wesshalb in solchem Falle die Reizung des anderen Vagus Herzstillstand giebt. 4. Bei Fröschen kann die Annahme gesonderter Endigungen beider Vagi im Herzhemmungsapparate nicht als bewiesen betrachtet werden.

In einer weiteren Reihe von Fxperimenten bestätigt Verf. die Entdeckung Tarchanow's, dass nach Durchschneidung beider Vagi die Erregbarkeit des Herzhemmungsapparates zunimmt und zeigt weiter, dass diese Erscheinung nicht abhänge von einer Erhöhung des Blutdruckes oder Veränderung der Athmung, die durch die Durchschneidung veranlasst werden, wohl aber folge der Durchtrennung beider Vagi in Folge des beschleunigten Pulses eine Erweiterung der Blutgefässe des Herzens. Die Hyperämie des Herzens sei aber die directe Ursache der erhöhten Erregbarkeit des Herzhemmungsapparates. In den Fällen, wo die Durchschneidung beider Vagi keine Pulsbeschleunigung veranlasst, erfolgt auch weder eine Hyperämie des Herzens noch die Erhöhung der Erregbarkeit des Herzhemmungsapparates.

Verf. hat die Literatur des ganzen Herzhemmungsapparates sehr sorgfältig gesammelt, referirt und kritisirt. Die Arbeit wurde unter Leitung des Prof. Tarschanow gemacht.

Buch (Helfingfors).

---

422) **Victor Babes** (Budapest): Ueber parenchymatöse Neubildungen des Centralnervensystems. (Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 3. Juni 1882.)

Verf. gelangt mit Zugrundelegung von etwa 3000 Sektionen zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

I. Die Neuroglia und Nervenelemente bilden ein zusammengehöriges Ganzes, dessen Leitungsfähigkeit nicht bloss im Embryo, sondern auch während der ganzen Entwicklung durch den Einfluss sensibler, wie auch sensorischer Reize, Veränderungen und Neubildung erfährt.

II. Auch parenchymatöse Reize besitzen die Fähigkeit Neubildung nervöser Elemente aus den Bestandtheilen des Netzwerkes zu imitiren.

III. Wo, wie bei Kindern, viel proliferationsfähige, nervenbildende Antheile des Netzwerkes vorhanden sind, kommen solche Gliome, Sclerosen als Neubildungen leicht zu Stande; so auch bei gewissen angeborenen Constitutionen.

IV. Ein umschriebenes oder zerstreutes Nervenbildungs-Material kann in leicht proliferationsfähigem Zustande die Grundlage von Gliomen, Neuromen, vieler Sclerosen und Hypertrophien bilden.

V. Auch intensivere Reize: Traumen, Inflamationen können zu ganz so gearteten Neubildungen führen.

VI. Bei Kindern kommen öfters in der Umgebung von apoplektischen Herden, oder Entzündungsproducten circumscripte Neoplasien dieser Art zu Stande.

VII. Bei diffusen oder polyinsulären Sclerosen, Encephalitiden, Myelitiden entstehen auch oft parenchym. Neubildungen.

VIII. Diese Uebergangsformen zum Gliom, ihr Sitz, ihre Form, ihre Häufigkeit bei Kindern und bei congenitalen Anomalien sind Beweise ihres *embryonalen Ursprungs*.

IX. Der grösste Theil der Elemente des Glioms ist nervöser Natur.

X. Ihre Bestandtheile bilden zumeist Axencylinder; zum kleineren Theile Nervenzellen; die Spinnen- und Pinselzellen entstehen aus den Elementen der Neuroglia.

XI. Beim Zustandekommen der parenchym. Neubildung sind die Gefässe Träger des Reizes; aus diesen treten Auswanderer ins Gewebe, die interstitiellen Lymphbahnen füllen sich, das perivasculäre Neuroglianetzwerk schwillt zu Stern- und Spindelzellen an; auch die Axencylinder nehmen an der Schwellung Theil; das Endo- und Perithel des Gefässes wird grosszellig; das letztere proliferirt und dringt zwischen die Geschwulstelemente.

XII. Harte, knorpelige Gliome sind Neurome im verkalkten Zustande oder im Spindelzellen-Stadium, auch durch Erhärtung des Netzwerkes und von Fibrin in den Geschwülsten entstehen sie.

XIII. Die zerstreuten Kleinhirngliome entstehen nicht aus der Körnerschichte, sondern aus den querliegenden kleinen Zellen in der Nähe der Purkinye'schen Schichten.

XIV. Neben Producten der parenchym. Neubildung finden sich auch Formen der Degeneration als z. B. spiralige Aufknäuelung des Axencylinders, körniger Zerfall, buchtige und vacuoläre Schmelzung, Schwund desselben.

XV. Parenchymat. Neubildungen im Grosshirn sind oft mit solchen der contralateralen Kleinhirnhälfte und des andersseitigen Rücken-

marks combinirt. Diese Localisationen sind nicht als systematische zu betrachten.

XVI. Die Elemente des diffusen Glioms sind gewisse Zeit hindurch leitungsfähig. Durch schnelle Entwicklung solcher parenchym. Neubildungen kann klinisch Meningitis in die Szene treten.

XVII. Wenn nach Traumen, nebst geringfügigen Substanzverlusten des Schädels sich im Gehirne Abscesse bilden, deren Druck Gehirnsubstanz herauspresst, können selbe durch eine zu grosse Füllung des Blut- und Lymphgefäss-Systems als Fungus hämatodes imponiren.

XVIII. Die abgeschnürten, zwischen Dura und Pia spinalis sitzenden Neurome des Embryo entstehen bei Schliessung des Wirbelcanals aus abgesprengten embryonalen Keimen von Rückmarks-Substanz; ein Theil derselben liegt hinter den Processus spinosi; die Structur des fertigen R. M. ist in ihnen nicht zu erkennen. Durch spätere Reize können diese Geschwülste wachsen, und durch Compression des obersten Halsmarkes auch den Tod herbeiführen.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

423) **Jul. Mickle:** Case showing the Localisation of the visual centres in the cerebral cortex. (Zur Casuistik der Lokalisation der Sehcentren in der Hirnrinde.) (Med. Tim. Gazette. Jan. 28. 1882.)

Ein 65 jähriger Mann war seit langen Jahren, wahrscheinlich über 20, in Folge von Cornealleiden total erblindet. Er starb an einer Pleuritis mit Gesichtserysipel 3 Monate nachdem Symptome eines acuten Hirnleidens in Erscheinung getreten waren. Die übrigen Sinnesorgane und Functionen erwiesen sich als normal. Die Section ergab: Geringe allgemeine Atrophie der Hirnrinde, deutlich ausgesprochene Atrophie des Sehnervenstammes und Tractus opticus, sowie des oberen Theiles des Gyrus supramarginalis, während dieselbe sich in geringerer Ausdehnung an dem Gyrus angularis beider Seiten manifestirte. Die erste und zweite Occipitalwindung beider Seiten zeigten einzelne rothe Erweichungsstellen mit Dilatation und Infarction der kleineren Gefässstämme. Die corp. geniculata, striata und die thalami optici waren mehr oder weniger afficirt. Nach M.'s Ansicht liefert der Fall den Beweis dafür, dass das Sehcentrum nicht allein in dem Gyrus angularis oder den Occipitallappen localisirt ist, da grade die supramarginalen Gyri die ausgiebigsten organischen Zerstörungen erkennen liessen. Nieden (Bochum).

---

424) **Coloman Balogh** (Budapest): Ueber das Centrum der epileptischen Anfälle. (Orvosi Hetilap 1882. Nro. 23.)

Verf. betrachtet nach seinen schon im Jahre 1879 vorgenommenen Experimenten die graue Rindensubstanz als jene, nach deren Reizung Contractionen einzelner Gruppen von Muskeln, und auch allgemeine Zuckungen hervorgerufen werden. Nach Einstellen der Reizung mit dem unterbrochenen Strome hält der Anfall noch eine Weile

an, um allmählig zu verklingen. Bei Abtragung der grauen Substanz und Reizung der weissen Marksubstanz fand Verf keine allegemeinen Zuckungen. Er reizte auch das Corp. striatum; thal. opt.; corpora quadrigem.; pons Varoli und die med. oblong. jedoch ohne so allgemeine Zuckungen erzielen zu können.

Die Auslösung solcher epileptischer Anfälle erfolgte auf Reizung der verschiedensten Punkte der Hirnrinde, obwohl an manchen Thieren gar kein Resultat erfolgte.

Die Ursache der Anfälle liegt in der Veränderlichkeit der grauen Rindensubstanz, an welcher die Hemisphärenwindungen sehr reich sind. Die Ursache der schweren Anfälle sei mit J. Hughlings-Jackson in diese, die der schwachen in die Corpora striata zu verlegen.

Bei den idiopathischen Anfällen der Epilepsie nimmt Verf. mit Loew und Pokorny an, dass die Molecule im Protoplasma der Nervenzellen der Hirnwindungen sich in einem äusserst labilen Gleichgewichts-Zustande befinden, so dass ihre Lagerung leicht sich verschieben kann, wodurch ein Freiwerden vieler lebendiger Kraft entsteht. Dann verursache die neue Gruppirung der Molecule einerseits den Verlust des Bewusstseins, die freie lebendige Kraft hinwieder die convulsivische Anfälle.

Wiederholung der Anfälle und ihre Erblichkeit ist auch so unaufgeklärt.

Epileptische Anfälle anderer Art werden auch von der Peripherie des Nervensystems ausgelöst. Diese werden experimentell am besten an Meerschweinchen und Kaninchen hervorgerufen aber zumeist dann, wenn Durchschnitte des Rückenmarkes zwischen dem 3. Dorsal- und 3. Lumbalwirbel erfolgen. Die vom Trigeminus versorgten Stellen des Gesichtes und Halses auf Seite der Verletzung, so wie auch die, welche vom 2. und 3. Genicknerven versehen werden, bleiben schmerzlos, obschon die hier einfallenden Reize Epilepsie auslösen. *Durch die Erzeugung dieser epileptogenen Zone nach Verletzung des Rückenmarks* erfolgen die Anfälle.

Auch Durchschneidung der Wurzel des Ischiadicus, oder traumatische Einwirkungen rufen die epilept. Zone sammt ihren Anfällen hervor. Die Anfälle währen bis die Verletzung heilt.

Sonach ist die Entstehungsursache in den Molecularveränderungen des Nervenprotoplasmas bedingt. Hyperämie, Sclerose und ähnliche Obductionsbefunde sind Folgezustände des Grundübels.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

425) **Strümpell** (Leipzig): Die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis. (Arch. f. Psy. XII. 3. p. 723.)

Die genannte Arbeit schliesst sich an 2 Veröffentlichungen desselben Autors, die in Westphahl's Arch. Bd. X. p. 676 und Bd. XI. p. 27 erschienen.

Es gehen 7 Krankheitsgeschichten mit Sectionsbericht voraus. Die klinischen sowohl wie die pathologisch-anatomischen Erscheinun-

gen sind genau erörtert und durch eine Reihe von Abbildungen erläutert. Gestützt und unter beständiger Verweisung (neben anderem) auf dies Material kommt Vf. zu dem Endchluss seiner Arbeit *dass die Tabes zu den Systemerkrankungen des Rückenmarks gehöre.* Zunächst weist er die hauptsächlichsten der früheren Ansichten über diesen Punkt zurück und zwar:

1. Die Tabes ist nicht abhängig von einer primären chron. Meningitis, denn in Fällen von initialer Tabes wurden die Meningen absolut normal gefunden. (Fall 1 und 2); vielmehr ist die meistens constatirte Bindegewebswucherung der Pia erst eine secundäre Folge der Atrophie des Rückenmarks.

2. Ebenfalls kann man den Ausgangspunkt der Tabes nicht in einer Erkrankung der hinteren Wurzeln suchen. Es hängt dies vielmehr mit den bei Tabes constant gefundenen Veränderungen in der grauen Substanz der Hinterhörner zusammen. Die in den hinteren Wurzeln degenerirten Fasern sind dieselben, welche auch im Rückenmark atrophisch angetroffen werden.

3. Ferner hat Adamkiewicz mit Unrecht die Tabes als eine chronische Degeneration des Bindegewebes erklärt. A. stützte sich auf einen Fall und wollte nachgewiesen haben, dass der Prozess überall da beginne, wo Bindegewebssepta in das Rückenmark eintraten. Strümpell glaubt dies nach den von ihm gesehenen Degenerationsbildern nicht bestätigen zu können.

4. Endlich tritt Vf. derjenigen Ansichten entgegen, welche den Ausgangspunkt der Tabes in das Gehirn oder die peripheren Nerven verlegen wollen (s. u.).

Dagegen führt er für seine oben erwähnte Ueberzeugung, *dass die Tabes in die Kategorie der Systemerkrankungen gehöre,* folgende hauptsächlichen Gründe vor:

Zunächst spreche dafür *die strenge Beschränkung der Erkrankung auf die Hinterstränge.* Dies sei (entgegegn der Ansicht Erb's) überall da der Fall, wo das klinische Bild *ausschliesslich* aus dem bekannten Symptomencomplex bestanden habe. Ueber den Grund und das Wesen der so häufig beobachteten „Randdegeneration“ hält Str. die Ansichten für noch nicht genügend erklärt.

Ein schwerwiegender Beweis für die Systemerkrankung sei ferner die Symmetrie der Degenerationsstellen auf dem Querschnitte des Rückenmarks. Es wird dies durch die beigegebenen zahlreichen Zeichnungen erläutert, die allerdings eine auffallende Symmetrie zeigen. (Uebrigens erklärt Vf., dass dieselben z. Th. „etwas schematisch“ gehalten seien.) Es wird genauer ausgeführt und an Beispielen erläutert, dass einige *symmetrische* Stellen vorzugsweise von der Degeneration ergriffen werden, während andere Partien nur ausnahmsweise erkranken.

Die schwierige Erklärung der Cerebralerscheinungen bei Tabes unternimmt Vf. in der Weise, dass er das Ganze als eine *„combinirte Systemerkrankung“* auffasst, die trotz der Verschiedenheit ihrer speciellen physiologischen Functionen eine Anzahl von Fasersystemen in

Gehirn und Rückenmark ergreife. Wie die Einwirkung der diese Erkrankung hervorrufenden Schädlichkeit sei, könne vor der Hand nicht entschieden werden, doch verliere seine Auffassung ihr Bedenkliches, wenn man sich erinnere, dass z. B. verschiedene Gifte, für ganz verschiedene Fasersysteme schädlich seien. Aehnlich könne man vielleicht die ätiologische Bedeutung der Lues für Tabes auffassen.

Langreuter (Dalldorf).

---

426) **Dean:** Aphasia and agraphia-cases. (Alienist & Neurologist. pg. 260.)

D. theilt 6 Fälle von Aphasie und Agraphie mit.

I. Fall: Ein 23jähriger Mann, früher luetisch inficirt, später Rheumatismus. Plötzlich rechtseitige Paralyse und Aphasie. Nach jahrelanger Behandlung keine Besserung der Aphasie, geringe der Paralyse.

II. Fall. 36jähriger Arbeiter; nach Beschäftigung am Eisenbahnbau in vollem Sonnenschein war Pat. plötzlich zusammengebrochen, seitdem theilweise rechtsseitige Paralyse, Aphasie (spricht nur „Ja“ und „Nein“) und Agraphie. Sieben Monate nach jenem Anfall Tod unter Erbrechen und Dyspnoe. Necropsie: Im Broca'schen Lappen eine 3 Ctm. breite und 4 Mm. tiefe Depression, Erweichungsherd; die graue Substanz der Insel und des Claustrums fehlt fast ganz.

III. Fall. 27jähriger Arbeiter; fällt im Rausche auf rechte Schläfe; sofort Aphasie am nächsten Tage rechtsseitige Hemiplegie, Aphasie und Agraphie. Nach vier Wochen Besserung bis zur vollständigen Heilung.

IV. Fall. Ein 22jähriger Arbeiter; hat insuff. mitral., war 3 Jahre vorher hydropisch. Wird plötzlich Nachts aphasich. Nach 24 Stunden fängt er allmählig wieder an zu sprechen, wird genesen entlassen, aber am nächsten Tage wieder aufgenommen „kennt die Worte und Bezeichnungen, fühlt aber dass er falsche braucht oder richtige falsch stellt.“

V. Fall. 28jähriger Mann; erhält einen Steinwurf an der linken Kopfseite, wird nach 8 Tagen plötzlich bewusstlos. Als er sich allmählig erholt: linksseitige Ptosis und Myosis, Diplopie, amnestische Aphasie und Agraphie. Vier Wochen nach dem Trauma vollkommene Genesung. Wie die Narbe zeigte, hatte der Wurf gerade über der Broca'schen Windung den Schädel getroffen.

VI. Fall. 36jähriger Arbeiter; Fall vom Gerüst, dann sofort Aufschlag auf den Kopf: eine Wunde auf der regio squamoso-temporal. sin. und eine zweite in der rechten oberen Parietalgegend mit Infraction des Schädels: Linksseitige brachio-faciale Monoplegie und vollständige Aphasie mit partialer Agraphie. Tod in 17 Tagen, nachdem vorher in der rechten Wunde Trepanation. Necropsie: Schädel unverletzt bis auf die trepanirte Stelle, grosser Abscess über r. Frontal und Parietallappen bei entsprechend ausgedehnter Meningitis. Keinerlei Verletzung in der linken Hemisphäre. Dabei war Pat. Rechtshänder, wie die früheren Fälle alle Rechtshänder betrafen.

Waehner (Kreuzburg).

---

427) **Birdsall** (New-York): A case of three tumors of the encephalon. (The journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

20jährige Patientin. Vor einem halben Jahre Kopfschmerzen. Einige Tage darauf heftiger Frost, von mehrstündiger Hitze gefolgt. Zur selben Zeit Schmerzen über dem linken Auge und Zukungen im linken Musc. occipito-front

Der Kopfschmerz hielt mit geringen Unterbrechungen an, gewöhnlich im Hinterhaupt, seltener in der Stirn. Mitunter Uebelkeit, ferner Amenorrhoë, Constipation. Etwa 4 Monate später Gefühllosigkeit des linken Fusses, Unmöglichkeit, die Zehen zu bewegen. Schwäche des linken Beins und der linken Hand, mitunter Formication in den Fingerspitzen derselben. Der Mund wird später nach links gezogen. Keine Dysphagie. 3 Wochen vor Aufnahme Diplopie. Ohrenklingen links.

Die Untersuchung (etwa 1/2 Jahr nach Beginn der Symptome) ergiebt: Complete rechte Facialis-Parese, ebenso des rechten Abducens. Keine grosse Schwäche der linken Hand (Dynamometer), etwas „athetoide“ Bewegungen des 5. und 4. Fingers. Die Zehen können gar nicht, der Fuss nur wenig bewegt werden. Hemiplegischer Gang. Sehnenreflexe verstärkt. Doppels. Neuritis optic. Behandlung: Jodkalium 3 mal tägl. 3,0. Schneller Schwund der Sehkraft bis zur totalen Amaurose. Häufiges Erbrechen. 2 Wochen vor dem Tode Articulationsstörungen, Dysphagie, zuletzt heftige Schmerzen auf dem Scheitel, Unfähigkeit den Speichel zu verschluken, Tod nach einer convulsiv. Bewegung des linken Arms.

Section 15 St. p. m. 3 Fibrosarkome:

1) In der rechten Parietal-Gegend. Tumor mit der Dura durch Gefässe zusammenhängend, von der Pia eingekapselt und von der Hirnrinde getrennt. Obere Hälfte der vorderen, obere zwei Drittel der hinteren Centralwindung, das obere und ein Theil des unteren Scheiteläppchens eingedrückt und atrophirt.

2) Am Uebergange des Pons in die Medulla im Zusammenhange mit letzterer, der untern Fläche des Kleinhirns aufliegend und dasselbe in dieser ganzen Ausdehnung comprimirend ein 2 Ctm. langer und 1/2—1 Ctm. dicker Tumor, dem linken Acusticus und Facialis angeheftet. Ein Theil des ersteren verlief durch den Tumor.

3) Tumor in der Medulla oblong., in der Mitte, etwas näher der vorderen als der hinteren Oberfläche, entsprechend dem untern Drittel des Bodens des 4. Ventrikels. Zuerst schmal, dann breiter bis zur Spitze des Calamus script., dann wieder verjüngt und in der Mittellinie endigend.

Ausserdem totale Degeneration beider Optici. Kron (Berlin).

---

428) **Manzotti:** Submucöse Haemorrhagieen in Krankheiten des Gehirnes und der Meningen.

In der October-Sitzung 1881 der Societia medico-chirurg. di Bologna, theilte M. das Resultat von 12 Sectionen mit, bei welchen er, neben schweren Erkrankungen des Gehirnes und seiner Häute (Pachymeningitis haemorrhagica, Leptomeningitis, Erweichung des Gehirnes, Gehirnhämorrhagie) in vielen Organen recente submucöse Haemorrhagien von verschiedener Grösse und Form gefunden hatte. (Arch. ital p. l. mal. nerv.) Obersteiner (Wien).

---

429) **Flesch:** Cerveletto mediano in un criminale. (Arch. di psychiatria, scienze penale etc. III. B.)

Lombroso hatte zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass bei Verbrechern — vielleicht auch bei Geisteskranken — Hypertrophie des Kleinhirnwurmes u. eine mediane (dritte) Occipitalgrube sehr häufig

angetroffen werden. Bei einer 28 jährigen Diebin fand Fl. neben anderen Abnormitäten Vergrösserung der Tonsillen des Kleinhirnes, und an dessen oberer Seite zwei Sulci, welche von der Medianincisur ausgehen, nach vorne divergiren und dabei, die gewöhnlichen Kleinhirnwindungen kreuzend, einen wirklichen Mittellappen von dreieckiger Gestalt bilden, wie ein solcher bei vielen Säugethieren vorkommt.

Obersteiner (Wien).

---

430) **Bernhardt:** Beitrag zur Lehre von den Störungen der Sensibilität und des Sehvermögens bei Läsionen des Hirnmantels. (Arch. f. Psych. XII. 3. p. 780.)

Verf. theilt 5 Krankheitsgeschichten mit, deren Symptomatologie eine derartig ähnliche ist, dass der Schluss, es handle sich um Läsion eines bestimmten Gebietes des Hirnmantels ein nicht zu kühner erscheint. — Wenn auch Vf. nicht in der Lage ist Obductionsberichte *seiner* Fälle vorbringen zu können, so glaubt er doch in früher veröffentlichten Fällen anderer Autoren (Nothnagel, Vetter, Gelpke, Kahler, Senator, Gowers, Petrina,) sowie besonders in den experimentellen Versuchen Munks genügende Stützen für seine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu finden. Das Krankheitsbild ist in grossen Zügen folgendes: Die bisher gesunden Individuen werden plötzlich von einem apoplectischem Insult überrascht mit nur geringer, vorübergehender Bewusstseinsstörung. Nachdem die anfangs vorhandene Schwäche einer Körperhälfte relativ rasch abgenommen hat, tritt dafür eine Störung auf „*die nicht sowohl in Abschwächung der groben motorischen Kraft als in einer Minderung des Gefühlsvermögens, einer Schädigung des Tast- und Druckgefühls und einer Beeinträchtigung der Lagerungs- und Bewegungsvorstellungen der betroffenen Glieder besteht.*“ Die Kranken werden deshalb in ihren Bewegungen ungeschickt, die betroffenen Glieder kommen ihnen fremdartig vor und hindern sie schliesslich derart, dass sie lieber ganz auf den Gebrauch der betr. Extremität verzichten. Daraus dass die Störungen sich oft nach Wochen oder Monaten ausgleichen oder doch länger nur in dem Grade fortbestehen, dass sie erst aufmerksamen Beobachtern auffallen, schliesst B., dass es sich um eine Zerstörung der grossen Ganglien oder der zwischen ihnen liegenden Markbahnen *nicht* handeln könne, dagegen glaubt er, dass eine Blutung entweder in die Meningen oder in den Hirnmantel die Ursache sei und zwar soll *vorwiegend häufig* die von Munk beschriebenen *Fühlsphäre* der contralateralen Seite (früher motor. Sphäre in der vord. Centralwindung) betroffen sein. Wenn die Störung nicht blos die obere Extremität, sondern auch unt. Extr., Gesicht und Rumpf betraf, so darf man auch Mitaffection des Stirnhirnmantels rechnen.

Gleichzeitig bestand bei 4 von den beschriebenen Fällen mehr oder weniger hochgradige Hemianopsie und zwar 3 mal gleichseitig, einmal ungleichseitig mit der Affection der Extremitäten. Trotz der Häufigkeit dieser Erscheinung glaubt B. dieselbe doch nur als eine Complication des oben beschriebenen Symptomencomplexes auffassen zu sollen,

und zwar herrührend von gleichzeitig vorhandenen Occipitallappenverletzungen. Langreuter (Dalldorf).

---

431) **Westphal:** Ueber eine Fehlerquelle bei Untersuchung des Kniephänomens und über dieses selbst. (Arch. f. Psych. XII. 3. p. 798.)

Vf. macht auf die difficile Untersuchung des Kniephänomens aufmerksam und führt einige von ihm gefundene Fehlerquellen an:

1. In einigen Fällen (2 derselben sind angeführt) handelt es sich um eine *Vortäuschung des Phänomens durch einfachen Hautreflex.* Wenn man nämlich in Fällen von Erloschensein der Reaction eine Hautfalte über der Patellarsehne oder über dem Quadriceps aufhob, an dieser kniff oder sie mit dem Percussionshammer schlug, so entstand eine deutliche Contraction des Quadriceps.

2. Ein anderer Fall war dadurch interessant, dass *neben dem Vorhandensein, ja bei Steigerung* des Kniephänomens ebenfalls durch blosse Hautreizung eine Contraction des Quadriceps erhalten werden konnte. Sowohl beim Kneifen einer Hautfalte als beim Aufschlagen auf die Sehne wurde eine Reaction ausgelöst. Im letzteren Falle folgte die gewöhnliche unmittelbare Zuckung während in ersterem ein deutlich wahrnehmbares Zeitintervall ($^1/_2$ Sec.) verstrich. Durch diesen Unterschied wird zugleich der Einwand aufgehoben, dass auch beim Klopfen das auslösende Moment ein dadurch stattfindender Hautreiz gewesen sei. Es handelte sich also um 2 *nebeneinanderstehenden Erscheinungen, dem wirklichen und dem Pseudokniephänomen.*

W. theilt weiter Thierversuche mit, angestellt zur Entscheidung der Frage, ob die Sehnenphänomen reflectorischer Natur, oder ob sie vom Muskeltonus abhängig sind. Nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln des N. cruralis schwindet bekanntlich das Kniephänomen, doch ist dieser Versuch, den reflectorischen Ursprung der Erscheinung zu beweisen, nicht stichhaltig, weil dadurch der Muskeltonus erheblich herabgesetzt wird. W. suchte deshalb einen künstlichen Tonus *mässigen Grades* durch Strychnininjectionen wiederherzustellen, es ergab sich, dass auch dann nicht das Phänomen wieder auftrat. Trotzdem war dadurch der reflectorische Ursprung nicht erwiesen, weil die Voraussetzung: das Strychnin möge den Tonus der Muskeln erhöhen, falsch gewesen sein konnte. — Bei einem dieser Versuche war irrthümlich die beabsichtigte Durchschneidung der 5. und 6. hinteren Wurzeln nur unvollkommen gelungen (wie sich bei der Section herausstellte): Das Kniephänomen fehlte *vor* der Strychnininjection, trat aber ein *nach* einem solchen. Es ging daraus also hervor, wie *unter pathologischen Verhältnissen wenige Wurzelfäden* des Cruralis genügen, die fragliche Erscheinung hervorzurufen. W. bezeichnet also die Frage der rein reflectorischen oder nicht reflectorischen Natur des Kniephänomens als vor der Hand *ungelösst,* er warnt deshalb voreilig von Sehnen*reflexen* zu sprechen und schlägt vielmehr vor, nach seiner Initiative den Ausdruck *„Phänomene“* festzuhalten.

Die *Bedingungen* für ein Zustandekommen des Sehnenphänomene

sind: *Tonus des Muskels* und eine *mittlere Spannung* des Muskels resp. seiner Sehne, wodurch zugleich die Schwingungs*möglichkeit* der Sehne gegeben wird. Langreuter (Dalldorf).

---

432) **F. Saltzmann** (Helsingfors): Resection af nervus buccinatorius fran muntalan (von der Mundhöhle aus). (Nordiskt mediciniskt Arkiv. Bd. XIV. Nro 21. schwedisch.)

Krankengeschichte: Pat. ein Priester von 55 Jahren litt seit 7 Jahren an beständig zunehmender Neuralgie des rechten Trigeminus. Eine Durchschneidung des r. frontalis 1875 und Resektion des r. infraorbitalis vor einem Jahre hatten ihm nur auf eine kurze Zeit Linderung verschafft. Die Schmerzen erstreckten sich bei der Aufnahme auf alle Zweige des Trigeminus ausser dem r. infraorbitalis und waren bei den häufigen Exacerbationen von Krämpfen der Gesichtsmuskulatur begleitet; beim Kauen waren die Schmerzen so stark, dass Pat. sich auf flüssige Kost beschränkte. Hyperästhesie zumal der Stirn. Resection des r. frontalis bewirkte nur kurze Zeit Besserung auch in den übrigen Zweigen; dann Resection des r. buccinatorius nach der Methode von Hall vor der Theilung in seine Aeste. Verf. lobt sehr die Bequemlichkeit der Operation bei der Gründlichkeit der Wirkung. Ein senkrechter Schnitt an der Innenfläche des aufsteigenden Unterkieferastes theilt die mucosa, worunter sogleich der Nerv liegt zwischen ihr und dem musc. temporalis. Der Nerv kreuzt rechtwinkelig die Schnittrichtung. Nach einem weiteren kleinen Schnitte parallel dem Nerven wurde dieser frei präparirt und erlaubte dann mit Bequemlichkeit die Resektion eines beträchtlichen Stückes. Pat. verliess ein Jahr nach der Operation, vollständig befreit von seinen Schmerzen, die Klinik. Bemerkenswerth ist die nach der Operation beobachtete vollständige Anästhesie der Mundschleimhaut in einer Ausdehnung von 3 Cm. vom r. Mundwinkel. Die Sensibilität der äusseren Wangenhaut war im Gebiete des r. buccinatorius und infraorbitalis leicht abgestumpft, die Stirn ganz anästhetisch, die Wange zeigte nur eine unbedeutende Parese. Buch (Helsingfors).

---

433) **Wilhelm Tauffer** (Budapest): Beiträge zur Lehre der Castration der Frauen, im Anschlusse an 12 Fälle. (Orvosi Hetilap 1882. Nr. 21.)

Unter den 12 Fällen des Verf. sind Nro. 11 und 12 Psychosen, die mit dem Geschlechtsleben zusammenhängen. Eine Baronin, Wittwe mit nymphomanischen Symptomen, hysterischer Verrücktheit und auch spinaler Irritation, wurde, da nach genauer Untersuchung der Geschlechtsorgane die Hyperästhesie der Ovarien als Ursache ermittelt ward, am 18. April 1880 operirt. Trotz Besserung des Zustandes traten einigemale Reizungserscheinungen, Manie ein. Seit Febr. 1882 ist das Fortschreiten der Besserung wesentlich: Nymphomanie, Spinalirritation geschwunden.

Eine andere Dame 31 J. a., auch in der Schwartzer'schen Privat-Irrenanstalt aufgenommen, bot das Bild der frühen climacterischen Psychose. Hyperästhesie der Ovarien, 5 Monate nach der Castration entwickelte sich eine totale Dementia, obwohl die Operation zur Verhütung derselben indicirt erschien.

Aus dem Resumé der gewonnenen Erfahrungen des Verf. sind für Nervenpathologen folgende Puncte interessant:

7) Hysterie-Epilepsie ist durch Castration heilbar.

8) Die mit dem Sammelnamen Hysterie bezeichneten Symptome sind richtig analysirt oft auf Ovarialerkrankungen zu beziehen.

12) Die Frage, inwieferne die Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane auf die Entwicklung gewisser Psychosen von Einfluss sind, ist als eine offene zu betrachten.

13) So ist auch noch die Frage nicht entschieden, ob solche Psychosen durch Castration heilbar seien.

Discussion über den Vortrag des Prof. Tauffer in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 13. und 20. Mai 1882.

Docent Dr. Elischer findet es nicht statthaft die Castration als Heilmittel gegen Hystero-Epilepsie aufzustellen, indem diese Neurose nicht in den Erkrankungen der Ovarien ihren Ursprung hat.

Docent Dr. Niedermann bemerkt, dass selbst hereditäre Psychosen ebenso wie die acquirirten nach statist. Ergebnissen heilbar sind. Contraindicirt sei die Castration bei Psychosen, die aus idiopathischen Gehirnkrankheiten entstehen, und bei paretischen Formen; von dieser Operation lässt sich weder bei der Verrücktheit, noch der Demenz ein Heilerfolg erwarten. Nur bei Nutritions-Störungen des Gehirns und bei Reflexübeln: also bei der Melancholie, klimacterischer Form der Manie sei ein Resultat möglich; mit künstlich eingeleiteter Climax kann eine Psychose nicht geheilt werden. Hysterische Verrücktheit bilde nie Indication der Castration, da sie Hirnhyperämie setzt, und Manien auf meningitischer Basis hervorrufen kann.

In Bezug auf die Epilepsie meint N.: diese als reines Gehirnleiden kann operativ nicht geheilt werden; die Hystero-Epilepsie sollte besser *Epilepsoid* genannt werden. Die zwei Formen sind symptomatisch von einander verschieden, bei der wirklichen Epilepsie ist *erhöhte Temperatur und Gewichts-Verlust* zugegen, beim Epilepsoid und der Hysteriasis werden solche nie beobachtet.

Auch Docent Laufenauer spricht sich gegen die Castration als Heilmittel der Psychosen aus; insbesondere sei man bei Hysterie vorsichtig, da man deren Wesen noch immer nicht kennt, aber mehr und mehr die Ansicht sich Bahn bricht, dass es sich auch hier um eine reine Hirnerkrankung handelt, da durch eine lange Dauer verschiedener Reflexerscheinungen Veränderungen des Gehirns erfolgen müssen.

Prof. Tauffer meint in seiner Schluss-Erwiederung, dass wohl periphere Veränderungen mit der Zeit dauernde centrale Erkrankungen veranlassen, *wann sie aber bleibend werden* und wann man folglich von der Castration sich einen Erfolg versprechen könne, ist noch nicht ermittelt. Er glaubt, dass eben oft zu spät also jenseits des erwünschten Zeitpunktes operirt wurde.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

434) **Beeror:** On conjugate lateral deviation of the eyes directly after epileptic fits. (Ueber conjugirte Seiten-Ablenkung der Augen nach dem epileptischen Anfalle.) (Brit. Med. Journ. Juni 21. 1882. p. 85.)

In 13 Fällen epileptischer Convulsionen machte B. 11 mal diese Beobachtung. Er sucht die Erscheinung durch die theoretische Annahme zu erklären, dass die Seite, auf der, nach der Anfangs-Drehung des Schädels zu schliessen, die stärkere Störung in der motorischen Thätigkeit sich manifestirte, am Ende des Anfalles sich als die mehr erschlaffte kundgiebt, und darum stärkere paralytische Zustände in Erscheinung treten lässt. Nieden (Bochum).

---

435) **Dreschfeld:** Two cases of acute Myelitis associated with optic Neuritis. (2 Fälle acuter Myelitis complicirt mit Entzündung des Sehnervenstammes.) (The Lancet. 1882. Jan. 7. 1882.)

1) Bei einer Frau von 38 Jahren zeigte sich in Folge einer starken Erkältung Paraplegie der Unter- und Parese der Ober-Extremitäten, und 3 Wochen später doppeltseitige Neuritis optica, ohne Abnahme des Sehvermögens. Alle anderen cerebralen Nerven erwiesen sich als normal functionirend. Nach weiteren 3 Wochen trat plötzlich der Tod durch Paralyse des Zwerchfelles ein. Die Section ergab: Myelitis transversa in der Ausdehnung von 3,5 Ctm. im Marke der Halswirbelsäule nebst intensiver Hyperämie des Hirns und seiner Häute. Als Ursache der Neuritis erwies sich das Vorhandensein von seröser Flüssigkeit in dem Opticus-Scheidenraume.

2) Ein 41 jähriges Individuum, dem Trunke ergeben, litt vor Jahren an Syphilis. Das Spinalleiden zeigte sich zuerst in einer grossen Schwäche in den Beinen, gleichzeitig wurde eine Entzündung des Sehnerven beiderseits constatirt, die rasch in Atrophie überging und zur völligen Erblindung führte. Es folgte Paraplegia totalis, während die geistigen Functionen wechselten, häufig Delirium auftrat; die Paralyse nach oben weiter vorwärts schritt und der Tod schon 6 Wochen nach Beginn des Leidens erfolgte. Der Patellar-Reflex war anfangs in etwa verstärkt, und schwand gänzlich wenige Tage vor dem Tode. Die Section ergab: Disseminirte acute Myelitis verschiedenen Stadiums, am ausgesprochensten in der mittleren Dorsal- und oberen Lumbar-Partie des Markes. Hirn normal.

Nieden (Bochum).

---

436) **Ch. Atken:** Neuroretinitis from Blow on forehead. (Neuroretinitis nach einem Sturze auf die Stirn. (Brit. med. Journ. Febr. 4. 1882. p. 157.)

437) **Mayerhausen:** Zur Casuistik der Sehstörungen nach Schädelverletzungen. (Centralbl. für Augenheilk. VI. p. 44.) Aehnlicher Fall wie obiger; hier Diagnose: Fractura basis cranii mit Betheiligung des Orbitaldaches resp. des Canalis opticus.

Atken's Patient wurde von einem Wagen heruntergeschleudert, fiel auf die Stirngegend der rechten Seite und war 6 Stunden hindurch bewusstlos. Heftiges Erbrechen folgte, starkes Nasenbluten und beim

Erbrechen Klagen über starken Kopfschmerz. Am 4. Tage bemerkte Pat. Abnahme des Sehvermögens seines rechten Auges. Er las nicht mehr die grössten Druckbuchstaben von Jäger's Schriftstafeln Nro. 20. Das centrale Sehen, sowie die Perception im innern Theile des Gesichtsfeldes war vollkommen aufgehoben. Die Papille und Retina zeigte starke Schwellung, die Grenzen waren diffus verwaschen, die Venen verliefen geschlängelt, die Arterien waren zum Theil verdeckt, die Macula lutea zeigte sich blutroth gefärbt, verbreitet und eigenthümlich dreieckig gestaltet. Nach 4 Monaten war die Neuroretinitis in totale Atrophie der befallenen Theile übergegangen; es bestand das centrale Scotom weiter, und fand sich nur im äusseren Theile des Gesichtsfeldes noch Lichtempfindung vorhanden. Die Pupille reagirte normal, wenn auch langsam auf Licht und bei Convergirung der Sehaxen. Keine Gefühlsstörung noch auch Störung der Muskelthätigkeit vorhanden. Das linke Auge war und blieb normal.

Nieden (Bochum).

---

438) **F. Buller:** Ein Fall von plötzlicher, vollständiger Blindheit nach grossen Chinindosen. (Trans. of the americ. Ophth. Soc. 1881.)

439) **E. Grüning:** Fall von Chininblindheit. (Arch. f. Augenhlk. XI. 2. p. 145.

440) **Michel:** Fall von Chinin-Amaurose. (Arch f. Augenheilk. XI. 2. p. 151.)

441) **Knapp:** Ueber Chinin-Amaurosen in 3 Fällen. (Arch. für Augenheilk. XI. 2. p. 156.)

Allen Beobachtungen ist gemeinsam 1) die totale periodische Blindheit. 2) Blässe der Papille. 3) Ausgesprochene Verengung der Retinal-Gefässe. 4) Peripherische Einengung des Gesichtsfeldes. Prognose im Allgemeinen gut, indess bleibt das peripherische Sehen meist aufgehoben. Amylnitrit, Strychnin und Electricität ohne Erfolg.

Nieden (Bochum).

---

442) **E. Morselli** und **G. Buccola** (Turin): Ricerche sperimentali sull' azione fisiologica e terapeutica della Cocaina. (Untersuchungen über die Wirkungen des Cocains.) (Rendic. del R. Ist. Lombardo, Ser. II. Vol. XIV.)

Die Versuche wurden an der psychiatrischen Klinik zu Turin mit einem von Trommsdorf in Erfurt bezogenen Präparate angestellt; es ist wohl das erste mal, dass eine längere Zeit fortgesetzte systematische Behandlung von Geisteskranken mit Cocain eingeleitet wurde.

Die Kranken, welche zu diesen Versuchen ausgewählt wurden, waren Fälle von einfacher oder stuporöser Melancholie; das Cocain wurde meist subcutan (0,0025—0,10) angewandt.

Die Erscheinungen, welche alsbald nach der Injection des Mittels eintraten, waren neben mässiger Erweiterung der Pupillen, Erhöhung der Temperatur (bis um 1,20) Beschleunigung der Respiration; ausserdem wurde der Puls häufiger (bis um 24 Schläge in der Minute) und schnellender. Hingegen konnte eine Veränderung des psychischen Zustandes nach einmaliger Darreichung des Cocains nicht bemerkt

werden. Wurde aber die systematische Behandlung mit diesem Mittel fortgesetzt, so wurde nach 1—2 Monaten eine Besserung in den angeführten Fällen constatirt; die Schlaflosigkeit wich nach und nach, die Kranken wurden heiterer, sie nahmen leichter Nahrung zu sich und die Verdauung regelte sich.

Ueble Zufälle in Folge des fortgesetzten Cocaingebrauches in steigender Dose traten niemals ein. Obersteiner (Wien).

---

443) **Shaw** (Brooklyn): The physiological action of Hyoscyamine (The journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

Bestätigt im Wesentlichen das bereits bekannte. Kron (Berlin).

---

444) **Putzel** (New-York): Hemichorea. (The journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

65 jähr. Mann, früher Potator, Krankheit soll eine Woche vor Aufnahme begonnen haben. Weitere Anamnese unbekannt. Intensive linksseitige Chorea, namentlich der Glieder. Sensibilität, soweit sich durch grobe Versuche feststellen lässt, auf beiden Seiten gleich. Incont. urinae et alvi, Schlaflosigkeit, Eiweiss und Cylinder im Urin. Pat. spricht beständig laut und glaubt sich von Feinden umgeben. Zustand unverändert bis zum Tode 2 Wochen nach Aufnahme.

Section 24 St. p. m.: Alter erbsengrosser Erweichungsherd mit Depression am äussern Rand des linken Nucleus caudatus. Rechts beträchtliche Depression im hintern Drittel des Thal. opt. entsprechend einem ockergelben Erweichungsherd, der sich in der Richtung von vorn nach hinten bis in das hintere Drittel der innern Kapsel erstreckt. Im hintern Theil des rechten Linsenkerns ein kleiner älterer Erweichungsherd. Die ganze hintere Hälfte der rechten innern Kapsel leicht gelblich verfärbt und weicher, als die Umgebung. Gefässe an der Basis atheromatös. Dilatat. ventricul. cordis. An der Mitralis Kalkplättchen. Aorta atheromatös. Nephritis chron. diffus. Kron (Berlin).

---

445) **Patzel** (New-York): Clinical notes. (The journ. of nerv. and ment. disease. April 1882.)

1) Flintenschussverletzung des Ulnaris: Fast gänzliche Durchtrennung. Heilung der Wunde in 3 Monaten. Contractur des 4. und 5. Fingers, später Lähmung und Atrophie der interossei und der Muskeln des Thenar. Anaesthesie im Bereich des Ulnaris. Empfindliche Anschwellung des centr. Endes. Besserung durch absteig. Strom.

2) Spinal-Hämorrhagie durch Schädeltrauma: Heftiger Fall auf den Scheitel, worauf totale Lähmung, mit Ausnahme der Gesichts- und Respirationsmuskeln. Anaesthesie des Rumpfes und der Extremitäten. Einige Wochen später konnten die Beine schon gut bewegt werden, während die Arme noch paretisch waren. Cervical-Wirbel empfindlich.

3) 3 Fälle von acuter atroph. Spinal-Paralyse der Erwachsenen mit tödtlichem Ausgange. (Innerhalb weniger Monate zur Beobachtung gekommen.) Es fand sich typische Poliomyelit. ant.

4) Amylnitrit bei Chorea mit gutem Erfolg.

5) Totale Lähmung im Bereiche des Plex. brachial. durch Aufschlagen eines schweren Ballens auf die Schulter. Später Erythem auf der Rückseite derselben. Prognose schlecht.

6) Lähmung des Deltoid. und der Extens. durch Forceps. Flexoren functionsfähig. Zwei Monate nach der Geburt keine Reaktion auf den Strom. In 3 Wochen fast gänzliche Heilung durch Galvan. Kron (Berlin).

---

446) **Dana** (New-York): Clinical Notes. (The journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

1) Reines Brom (4,0 in 240 Wasser, davon 4,0 mit Wasser) nach Hammond's Vorschrift bei Epilepsie und anderen Nervenkrankheiten. Schlecht zu nehmen. Hat in einigen Fällen die Anfälle vermindert, scheint aber im Ganzen von zweifelhaftem Nutzen zu sein.

2) Chloral bei Chorea mit günstigem Erfolg für den ferneren Verlauf.

3) Athetosis posthemiplegica.

60j. Wittwe, vor 30 J. syphil. inficirt, erlitt 15 Jahre später linkss. Hemiplegie, die sich nach wenigen Wochen verlor, fiel 2 Jahre später von einer Treppe und lag einen Monat zu Bett. Wiederhergestellt, zeigt sie seit 5 bis 6 Jahren die Symptome der Athetose der linken Seite, besonders des Arms. Atroph. nerv. optic. — Strabism. extern. — Facialis-Parese, alles links. Keine Anaesthesie.

4) Glonoïn bei Epilepsie auf Hammond's Klinik mit ähnlicher Wirkung wie die Bromide.

5) „Bell'sche Lähmung": 45j. Patientin. Eine Woche lang Schmerz in der rechten Kopfseite, dann plötzlich Lähmung der rechten Gesichtshälfte mit Verminderung der Schmerzen. Uvula grade. Heilung bei Anwendung der stat. Electr.

6) Subcutane Nervendehnung bei Paralysis agitans: Gang besser, Schütteln geringer.

7) Statische Electricität bei Ischias. Starke Funken. Nach 2maliger Application Heilung. Soll das beste Mittel gegen Ischias sein. Kron (Berlin).

---

447) **Westphal:** Erkrankung der Hinterstränge bei paralytischen Geisteskranken. (Arch. f. Psych. XII. 3. p. 772.)

Seine bereits früher (Arch. f. Psych. VIII. 2. p, 519) ausgesprochene Ansicht „dass jeder paralytische Geisteskranke *mit Gehstörung*, bei dem es constant unmöglich sei das Kniephänomen hervorzubringen, an Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks leidet" hatte Westphal später (B. kl. W. 1881 Nro. I.) dahin concentrirt, dass Erkrankung der Hinterstränge bei den genannten Kranken auch da zu diagnosticiren sei, wo keine motorischen und sensiblen Störungen der unteren Extremitäten nachweissbar sind, *wenn man das Schwinden des Kniephänomens beobachtet habe.*

Vf. führt jetzt 2 Fälle von Dement. paralyt. an, wo blos aus dem Fehlen des Kniephänomens auf zugleich bestehende Tabes geschlossen wurde, trotzdem *keine* Coordinations- und *keine* oder nur geringe (psychisch) Sensibilitätsstörung vorhanden war. Das Sectionsresultat rechtfertigte die Diagnose, denn es bestand beidemal graue Degeneration der Hinterstränge. Aus den der Arbeit beigegebenen

Abbildungen der Querschnitte, denen eine Abbildung aus der oben erwähnten Veröffentlichung in der B. kl. W. hinzugefügt ist, geht eine leicht ersichtliche Lage-Uebereinstimmung der degenerirten Partien hervor. Es ist nämlich überall symmetrisch eine Zone zumeist ergriffen die auf dem Querschnitt der Hinterstränge in der Mitte zwischen Grenze des Hinterhorns und hinterer Längsfurche liegt. In allen Fällen handelte es sich um ein verhältnissmässig frühes Stadium des Prozesses und daraus erklärt sich nach Ansicht des Vf. das häufige Fehlen der atactischen Störungen bei Paralytischen. Deutliche Ataxie würde erst nach zu Grunde Gehen einer *beträchtlichen* Summe von Nervenröhren eintreten, und dies Stadium erleben die meisten Patienten wegen der rapider fortschreitenden Gehirnerkrankung nicht mehr.

Langreuter (Dalldorf).

---

448) **B. Ball** (Paris): De l'insanité dans la paralysie agitante. (L'Encephale 1/82.)

Bei vielen an Paralysis agitans leidenden Kranken hat B. psychische Störungen feststellen können, die von einer einfachen Reizbarkeit bis zu wirklichen Geisteskrankheiten hin beobachtet wurden. Verf. hält einen gewissen leichten Grad von intellektueller Beeinträchtigung sogar für den regelmässigen Begleiter der Schüttellähmung. Es werden nun verschiedene Beispiele mitgetheilt, in welchen die in Rede stehende Krankheit von Hallucinationen und Impulsen zum Selbstmord, oder einfacher Demenz oder in Anfällen auftretenden Tobsuchtsperioden etc. begleitet war. Man habe demnach die Paralysis agitans zu den „Neurosen" zu rechnen, bei denen die Störungen der Motilität mit psychischen Alterationen in Verbindung ständen. Es sei bei den bis jetzt in der Mehrzahl aller Fälle so gut wie negativen Obduktionsbefunden mehr als wahrscheinlich, dass die entweder organische oder funktionelle Störung in den Rindenschichten des Grosshirns zu suchen sei und nicht in den tieferen Partien (Pons, Med. obl.). Zum Schluss formulirt Verf. seine Ansichten in drei Sätzen: 1. die Schüttellähmung ist sehr häufig von intellektuellen Störungen begleitet, 2. es herrscht die „depressive" Form der Geistesstörung vor: Melancholie, begleitet von Selbstmordimpulsen und Hallucinationen; in einigen Fällen einfache Demenz und Stupor, 3. die Störungen der Psyche treten intermittirend auf und stehen in Bezug auf Verschlimmerung oder Nachlass mit den Ruhepausen, welche auch bei den motorischen Störungen, (dem Zittern) sich finden, in engem Zusammenhang. (D. Med. Z. 1882. Nr. 20. Ref. von Bernhardt, Berlin).

---

449) **Kiernan** (Chicago): Contributions to psychiatry. a. Psychoses produced by scarlatina. b. Witchcraft and insanity. (Hexerei und Geistesstörung.) (The journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

K. theilt die Psychosen nach Scharlach in 3 Gruppen.

1) Hallucinatorische Zustände mit lebhafter Betheiligung der motorischen Sphäre und Depression.

2) Demenz.

3) Auffallende Veränderung des Characters.

Bei der ersten Gruppe spielt Heredität eine grosse Rolle.

Die 4 mitgetheilten Fälle sind kurz folgende:

1) 6j. Mädchen, erblich belastet Am 5. Tage des Scharlachs plötzlicher Temperatur-Abfall von 40,0 C. auf 37,0 C. (im Original sind F. angegeben). Darauf Unruhe, Gesichtshallucinationen, Heftigkeit. Nach einer Woche Heilung.

2) Schwester desselben, 9 J. Am 7. Tag plötzlicher Abfall von 41,0 C. auf 38,9 C. Dieselben Symptome mit Gesichtshallucinationen. Nach einer Woche Depression, Agitation, Incohärenz, nach weiteren 10 Tagen Heilung.

3) Knabe von 8 Jahren, hered. disponirt, Am 4. Tage des Scharlachs Abfall von 41,6 C. auf 38,9 C. Benommenheit, nach 24 Stunden Agitation, Gesichts- und Gehörshallucin. Nach 2 Tagen 10stündiger Schlaf, aus dem Pat. sehr ermattet, aber geistig klar erwacht.

4) 10jähriges Mädchen, gleichfalls disponirt. 4 Tage nach Eruption des Exanthems T. 37,7, bald darauf 36,1 mit Agitation, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs. Heilung nach 4 Tagen.

Die Behandlung bestand in allen Fällen in der symptomatischen Anwendung von Conium und Tinct. Canab. ind. in kleinsten Dosen.

Auf den event. Einfluss des rapiden Temperatur-Abfalls geht Verf. nicht näher ein, erklärt ihn nur für „schwer bestimmbar". Von der zweiten Gruppe hat derselbe 2 Fälle gesehen. Der eine demente Kranke hatte im 17. Jahre, der andere 30jährige im 14. Lebensjahre Scharlach überstanden. Nach Abfall des Fiebers hatten sich Delirien, dann Demenz eingestellt.

Die 3. Gruppe ist sehr häufig, kommt aber weniger in der Anstaltspraxis vor. Es handelt sich dabei um eine Veränderung des Characters, oder um eine Fortdauer des puerilen Verhaltens, gelegentlich noch um ausgebildete Moral insanity, die sich auf diesem Boden entwickelt.

In der zweiten Mittheilung erzählt Verf. einige drastige Beispiele von Geisteskranken, die der Aberglaube des dortigen Landes für behext erklärt und verschiedenen „Austreibungen" unterworfen hat. (Ref. erinnert sich eines Falles von Verrücktheit, bei dem der Pfarrer einer deutschen Gemeinde ernstliche Versuche gemacht hatte, den Teufel auszutreiben.) Hieran knüpfen sich Bemerkungen über den Einfluss, den der Glaube an Hexen auf Sinnestäuschungen und Wahnideen hat. Man soll Kranke mit Verfolgungswahn darauf hin examiniren, und werden sich dann noch oft heimliche Wahnideen enthüllen. Diese Fälle fordern aber zur besondern Vorsicht auf, da sie leicht mit Selbstmord oder Mord einhergehen.

Kron (Berlin).

---

450) **Turnball** (Somerville): Education as a means for the prevention of insanity. (Erziehung als Mittel zur Verhütung von Geistesstörungen.) (The journal of nerv. and. ment. disease. April 1882.)

Verf. schildert die verderblichen Einwirkungen unserer Erziehung auf den Organismus und giebt — übrigens keine neuen — Rathschläge, die jeder im Original nachlesen möge, der wenigstens in seinem Kreise in dieser Hinsicht

thätig sein will. Im Grossen und Ganzen dürfte wohl noch recht lange alles beim alten bleiben. Kron (Berlin).

---

451) **Dana** (New-York): The asylum superintendents on the needs of the insane, with statistics of insanity in the United States. (Die americanischen Anstaltsdirectoren über die Bedürfnisse der Geisteskranken.)
(The Journal of nerv. and ment. disease. April 1882.)

Verf. hat als Mitglied der National association for the protection of the insane etc. die Berichte der verschiedenen Anstaltsdirectoren geprüft und macht, unterstützt von seinen persönlichen Erfahrungen, z. Th. in übersichtlichen statistischen Tabellen geordnete Mittheilungen. Die Bevölkerung wuchs danach in der Periode 1870—80 um ungefähr 26%, während die Geisteskranken um mehr als 100% zugenommen haben. Die schnelle Vergrösserung dieser Zahl liegt hauptsächlich daran, dass mehr Geisteskranke in Anstalten gebracht werden. 1875 existirten 62 Staatsanstalten mit einem Raume für 24252 Kranke, sie enthielten aber 27600, also eine Ueberlast von 3358.

1881 gab es 74 Staats- und 14 grosse Privatanstalten für 31900 Kranke. In Wirklichkeit befanden sich aber 39145 darin, also beinahe 10,000 mehr als statthaft.

Was also die Bedürfnisse betrifft, so ist der allgemeine Schrei Mangel an Raum. In Arcansas, einem Staat von nahezu einer Million Einwohnern wird erst jetzt eine Anstalt gebaut. In den Süd- und Weststaaten werden die Kranken z. Th. in Gefängnissen und Armenhäusern untergebracht.

Speciellere Wünsche sind Trennung der acuten von den chronischen Kranken entweder in verschiedenen Asylen oder detachirten Gebäuden, ferner Specialasyle für geisteskranke Verbrecher (!) ebenso für Epileptiker. In einigen Südstaaten will man sogar besondere Anstalten für Farbige.

Von verschiedenen Seiten wird über Mangel an Mittel für Arbeit und Unterhaltung geklagt, z. Th. mit Recht, da manche Anstalten in der That sehr dürftig dotirt sind. Die Zahl der Aerzte ist durchschnittlich 1: 133 Pat., die der Wärter 1: 5 bis 1: 10 und 1: 20, in einzelnen Anstalten auch darüber.

An 24 von 57 Anstalten kamen im Verlaufe eines Jahres Selbstmorde vor und zwar zusammen 36. Die Sterblichkeit überhaupt schwankte zwischen 5—10% u. s. w. Kron (Berlin).

---

452) **E. Régis:** Un mot sur la superstition et sur la folie chez les Nègres de Zambèze. (L'Encéphale 1/82.)

Wir übergehen die Schilderung des Aberglaubens, den wir bei uns mindesten so gut studiren können, wie bei den Schwarzen vom Zambese und bemerken nur, dass derselbe dort zwei Kategorieen von Menschen mit übernatürlichen Kräften ausstattet, die Aerzte und — eine Art von Besessenen, Malukos genannt. Dies sind unschädliche

Geistesgestörte, die, ohne Familie und festen Wohnort, von Dorf zu Dorf irren, eigenthümliche Tänze mit bizarren Gesten und unartikulirtem Geschrei aufführen und von den Eingeborenen beherbergt und verpflegt werden. Abgesehen von diesen halben Idioten sind Geisteskrankheiten im eigentlichen Sinne äusserst selten. Mitunter kommen Melancholie und Manie ohne Delirien zur Beobachtung. Progressive Paralyse scheint ganz zu fehlen. Trotz der ausgesprochenen Neigung zur Trunkenheit sind alkoholistische Zustände ziemlich selten, doch wurde ein Fall von Delirium tremens mit tötlichem Ausgang gesehen, sowie ein anderer von akuter alkoholistischer Erregtheit mit ängstlichen Hallucinationen und dem Bestreben, mit dem Kopfe gegen die Bäume zu laufen. Dieser Patient wurde nachdem er vergeblich Chloral bekommen, an einen Baum gebunden, wo er sich allmählich beruhigte.

Von nervösen Affectionen machte sich nur die Epilepsie in einem Falle geltend, gefolgt von einem Erregungszustande mit Neigung zur Gewaltthätigkeit. Die Hysterie hatte sich von den uncivilisirten Völkern ferngehalten.

(G. Schweinfurth hat während seines Aufenthaltes bei den Nyamnyam in Centralafrika verschiedentlich Geisteskranke gesehen. Die Behandlung derselben ist dort eine sehr einfache. Die ruhigen Patienten werden in eine Hütte gesperrt, die Erregten werden so lange unter Wasser getaucht, bis sie sich beruhigen! — Ref.)

(D. Med. Zeit. 1882 Nro. 20. Referat von Kron, Berlin).

---

453) **Beard:** Current delusions relating to hypnotism (artificial trance).

(Alienist & Neurologist 1882. pag. 57.)

B. widerlegt die verschiedenen falschen Vorstellungen, die in Europa und Amerika über den Hypnotismus bei wissenschaftlich Gebildeten noch herrschen. Den Zustand des „Trance“ definirt er als „Concentration der Nervenkraft in einer Richtung, mit gleichzeitiger Aufhebung derselben in anderen Richtungen“; „natürliche“ Formen sind der cataleptische T., der somnambulistische T., alkoholische T., intellectuelle T., ecstatische T., epileptische T., etc.; die „künstliche“ Form des T., ist der Hynotismus. Die über letzteren eben geläufigen falschen Vorstellungen sind: 1., er, der künstl. T., sei etwas von dem natürlichen Verschiedenes: 2., es sei nothwendig, dass der Operateur etwas thue oder den zu Hypnotisirenden etwas thun lasse, um den Hypnotismus herbeizuführen; 3., dass Personen, die hypnotisirt sind, nothwendiger Weisse zum natürlichen T. disponirt und so körperlich oder geistig geschädigt werden; 4., dass wir vor Täuschung beim Hypnotisirten nur dadurch sicher sind, dass wir seine Glaubwürdigkeit kennen, dass wir also keine objektiven Beweise für die Richtigkeit der hypnotischen Phänomene haben: 5., dass das Misslingen eines Versuchs bei Jemand für einen Betrug spricht; 6., dass es keinen Unterschied zwichen positiven und negativen d. h. zufälligen Symp-

tomen des Hypn. giebt. 7., dass der Wille des Operateurs ein wesentlicher Faktor bei Hervorrufung dieser Symptome ist.

Waehner (Kreuzburg).

454) **Kiernan:** Simulation of insanity by the insane. (Alienist & Neurologist. 1882. pg. 243.)

K. geht von Guiteau's Fall aus,' den er hierherzurechnen sich berechtigt glaubt und giebt die noch nicht umfangreiche Literatur. Er theilt dann drei eigne Beobachtungen mit, zwei bei Verrückten, einen Fall von Hebephrenie, in denen die Kranken eine andere Form von Psychose simulirten. K. gelangt demnach zu dem Schlusse, dass Geisteskranke, und zwar in der Regel erblich Belastete und von diesen meist Primär Verrückte, zu einem gewissen Zweck eine andere Form von Psychose simuliren können und wirklich simuliren; sie thun es bisweilen, wenn sie eines Verbrechens angeklagt sind, wodurch eine neue Complication der Diagnose geschaffen wird. Am besten, meint K., werde dieses psychologisches Problem durch Ray's Theorie erklärt, dass Hamlet ein Geisteskranker gewesen, der sich geisteskrank stellte.

Waehner (Kreuzburg).

455) **Crothers:** Legislative acts for the control and care of inebriates. (Alienist & Neurologist. 1882. pg. 239.)

Cr. bespricht die bisher zur Controlle und Fürsorge von Trinkern vorhandenen Gesetze. Für das beste hält er das des Staates Connecticut, nach dem das Australische (1872) allmälich verbessert ist, während er das Englische für unpraktisch hält. Die einzelnen Paragraphen des Gesetzes von Connecticut enthalten ungefähr Folgendes:

1. Ein habitueller Trinker, Dipsomaniacus, oder wer Narcotica und Stimulantia bis zum Verlust der Selbst-Controlle missbräuchlich nimmt, wird auf das Zeugniss zuverlässiger Personen und zweier Aerzte einem Trinkerasyl überwiesen, auf die Dauer von mindestens 4 und höchstens 12 Monaten, ein „Dipsomaniacus“ aber auf drei Jahre.

2. Einem „Dipsomaniacus„ soll es nach einem Jahre gestattet werden können, sich versuchsweise ausserhalb der Anstalt zu bewegen.

3. Sollte sich einer der ad 1. genannten Trinker freiwillig zur Aufnahme in ein Trinkerasyl melden, so kann er aufgenommen werden, verliert dann aber seine Selbstbestimmung und muss 4—12 Monate in der Anstalt bleiben.

4. Sollte ein Fall unrechtmässiger Freiheitsberaubung in dieser Anstalt zur Anzeige gebracht werden, so soll eine Commission von 3 Mitgliedern den Kranken besuchen, auch den behandelnden Arzt hören und ihr Urtheil dem Richter darlegen.

5. Diese Comission kann für denselben Kranken nur alle sechs Monate einmal wiederholt werden.

6. Die Kranken können nach Massgabe der vorhergehenden Bestimmungen von dem Director nach den sonst für Kranke geltenden Regeln entlassen werden.

7. Betrifft die Beibringung der Kosten aus dem Vermögen des Kranken oder seiner Angehörigen.

8. Die Polizeibehörde hat auf Verlangen der Anstaltsbeamten diesen bei der Beschränkung der Kranken zu helfen.

Waehner (Kreuzburg).

II. Verschiedene Mittheilungen.

456) *Zahl der Irren in Italien.* Die letzte Volkszählung ergab, dass sich in den verschiedenen Irrenanstalten und Spitälern Italiens am 31. December 1881 im Ganzen 17471 Geisteskranke, und zwar 9000 männliche und 8471 weibliche befanden.

457) *Die Zahl der Taubstummen in Preussen* betrug bei der letzten Volkszählung nach der „Stat. Corresp." 27 794, d. s. 10,2 auf je 10,000 Einwohner. Seit 1871 ist die Zahl der Taubstummen um 3479 oder 18 pCt. gestiegen, während die Bevölkerung nur um 10,6 pCt. zunahm. Bei 9468 Personen ist die Taubstummheit als angeboren, bei 7196 als später erworben bezeichnet, während eine gleiche Angabe bei 11,130 Personen fehlt. Auffällig ist es, dass während von 10,000 Evangelischen 9,80 und von 10,000 Katholiken 10,39 taubstumm waren, die gleiche Anzahl Israeliten unter sich 14,38 Taubstumme zählten. Dieses Ergebniss kann die Annahme unterstützen, dass das Heirathen unter Verwandten, wie es bekanntlich bei den Israeliten am häufigsten vorkommt, die Entstehung der Taubstummheit begünstige.

458) *Aus Berlin* wird eine auffallende Zunahme der in Anstalten verpflegten Geisteskranken gemeldet. Am 1. Juli d. J. befanden sich in der städtischen Anstalt zu *Dalldorf* 1173 Kranke (erbaut für 1020) und in *Privatanstalten* auf Rechnung der Commune 441.

III. Neueste Literatur.

120. Knight: Static electricity as a therapeutic agent. New-York, Sachet. 8⁰. 15 pag.

121. Schuster: Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. Berlin, Enslin. pag. 117.

122. Bénard: Contribution à l'étude du goître exophthalmique. Pathogénie. Traitement. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 8⁰. 131 pag. fr. 3.

123. Vallon: De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. Ebendas. 8⁰. 103 pag. fr. 3.

124. Bonnet: Philosophie et physiologie cliniques de l'aliénation mentale. Paris, G. Masson. 8⁰. 64 pag. fr. 3.50.

125. Stein: Die allgemeine Electrisation des menschlichen Körpers zur ärztlichen Behandlung der Nervenschwäche etc. Halle, Knapp. 8⁰.pag. 72.

Thèses de Paris vom 17. Juli bis 5. August.

126. Guilleric: Essai sur les abcès spontanés du cerveau.
127. Delhomme: De l'atrophie cérébrale infantile.
128. Philippon: Contribution à l'étude de l'entorse des cinq dernières vertèbres cervicales.
129. Pouget: De la chute des ongles dans les affections nerveuses et en particulier dans l'ataxie locomotrice.
130. Quendot: Des crises douloureuses dans les voies urinaires et dans les organes genitaux au cours de l'ataxie locomotrice.
131. Rabjeaud: Étude sur la méningite aigue des buveurs et en particulier sur la méningite dans le delirium tremens.
132. Belliard: Des manifestations cérébrales de la goutte.
133. Wuillamier: De l'épilepsie hémiplégique infantile.
134. Héon: De la névralgie circonflexe.
135. Broquière: Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale.
136. Colowitch: Étude clinique sur la paralysie chez la femme.
137. Blanchard: Observations de mal perforant indiquant le début d'une affection spinale.
138. Delcroix: De la tetanie.
139. Langlois: Des diverses hémorrhagies consécutives aux lésions des centres nerveux.
140. Parmilleux: Névralgie vulvo-vaginale.
141. Riu: Étude experimentale et clinique sur les nerfs pneumo-gastriques.

Thèses de Montpellier vom 2. November 1881 bis 6. Juni 1882.

142. Combescure: Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine péripherique.
143. Simon: Contribution à l'étude de la rage humaine.
144 Tourneilhe: Contracture reflexe consécutive aux traumatismes articulaires.
145. Largand: De l'influence de l'hysterie sur la phtisie pulmonaire.
146. Marion: Contribution à l'étude des actions physiolog. et d'application thérapeutique de l'eau de mer.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. S. (psych. Klinik und Irrenanstalt), Volontairarzt, 13. Aug. bezw. 1. Septbr., 1200 Mark, freie Station. 2) Leipzig (Univ.-rrenklinik), erster Assistenzarzt, „sofort oder später“, 1800 M., freie Station. 3) Altscherbitz: Volontairarzt, bald, 1200 M. freie Station. 4) Sachsenberg, II. Assistenzarzt, bald, 1500 M., fr. Stat. erster Classe.

Todesfall. Dr. E. Levinstein, Geh. San.-Rath, Gründer und dirig. Arzt des Maison de Santé zu Schöneberg bei Berlin.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. September 1882. Nro. 17.

INHALT.

I. Referate.

459) **Batty Tuke**: Note on the Anatomy of the Pia Mater.
(Edinb. med. Journal Juni 1882.)

Verf. lässt Arachnoidea und Pia eine einzige Haut darstellen. Die Arachnoidea ist nur die obere resp. äussere Lage der Pia, deren

innere Lage das Gehirn in alle Furchen begleitet, während die äussere Lage sich darüber hinspannt. Zwichen den beiden Lagen verlaufen die Gefässe und erhalten auf ihrem Eintritt in die Hirnsubstanz hyaline Scheiden vom inneren Blatte. Es gibt nach Verf. nur Dura, Subduralraum, Pia und Subpiamatralraum. Zwei schematische Zeichnungen und zwei Präparatabbildungen sind beigegeben.

Karrer (Erlangen).

---

460) **Zenker:** Ueber den Cysticercus racemosus des Gehirns. (Sep.-Abdruck aus „Beiträge zur Anatomie und Embryologie.")

Zusammenstellung von 15 Fällen, in denen es sich um Cysticercen handelte, welche frei theils und zwar vorwiegend in den Subarachnoidealräumen der Hirnbasis, theils auch in denen der Convexitaet, theils in den Ventrikeln und Spalten des Gehirns gelegen weit über ihre gewöhnliche Grösse hinaus gewachsen sind und dabei ganz ungewöhnliche Formen angenommen haben. Mit Rücksicht auf die pathologische Bedeutung des Cysticercus racemosus ist bemerkenswerth, dass derselbe überall da, wo er hindringt eine chronische Arachnitis und Hydrocephalus veranlasst. Das klinische Bild ist sehr verschieden; sehr oft sind mehr oder weniger schwere Hirnstörungen vorhanden, welche aber auch im Einzelfalle ein äusserst wechselvolles Bild zeigen. Der Tod kann plötzlich nach tiefem Coma erfolgen. Mit Rücksicht auf diese schwerwiegende pathologische Bedeutung des Cysticercus racemosus erscheint es angebracht, mit der Abtreibung eines Bandwurms niemals zu zögern, da der Träger desselben im Stande ist sich selbst oder seinen Mitmenschen den Keim schweren Leidens einzuimpfen, welches bald seinen Tod herbeiführen kann.

Eickholt (Grafenberg).

---

461) **J. Garel** (Lyon): Paralysie de la sixième paire avec Déviation conjugué dans une cas d'hemiplegie altérne. (Abducenslähmung mit gleichsinniger Augenablenkung bei wechselständiger Hemiplegie). (Revue de Médecine Nro. 7. Juli 1882.)

Nachts entstandene *linksseitige* Extremitäten - Lähmung, totale Facialis - Lähmung (Stirnast inclusive), Dysarthrie. Am *rechten* Auge Abducenslähmung. Objecten, die im rechten Gesichtsfelde nach aussen bewegt werden, folgt nicht blos nicht das *rechte* sondern fast ebensowenig das *linke Auge.* Hingegen erfolgt die Fixirung in der Mittellinie und in der Nähe ganz gut, doch scheint der rectus internus dexter nicht seine vollständige Functionsfähigkeit zu besitzen. Ueber die Kopfstellung ist nichts Genaues notirt. Allmählige Besserung der Lähmung. Nach 20 Tagen Wiederholung der hemiplegischen Attaque. Autopsie: Oberflächlicher kleiner thrombotischer Erweichungsherd in der Mittellinie des Pons beginnend, zum grössten Theil in dessen rechten Hälfte sitzend, und nur wenig auf die linke übergreifend. Auf Medianschnitten erstreckt sich die Laesion mit einem Fortsatz bis zurück in die Höhe der Grenze zwischen Pons und Medulla. Hier dringt die Laesion circa 2—3 mm. breit in die Tiefe

und zwar von vorne nach hinten, um ungefähr 1 mm. unter dem Boden des IV. Ventrikels in der Gegend des *rechten* Abducenskernes zu endigen. Mikroscopische Untersuchung fehlt. Die Zerstörung der rechten Abducenskernregion erklärt zur Genüge die gleichseitige Abducenslähmung sowie auch den Ausfall der mit der rechten Abducenswirkung synergischen Einwärtsdrehung des linken Auges, da bekanntlich das gemeinsame Bewegungscentrum der Rechtsdreher beider Bulbi im r. Abducenskern, resp. seiner unmittelbaren Nähe gelegen ist.

Müller (Graz).

---

462) **G. Lemoine** und **N. Lannois** (Paris): Perimeningite spinale aiguë. (Revue de Médecine Nro. 6, 1882.)

Ein bis dahin stets gesunder Soldat von 22 Jahren stürzte vom Wagen auf die Handflächen und mit der Brust auf einen Sack Bisquits. Nicht die geringsten Störungen unmittelbar nach dem Falle. Erst am nächsten Abend allgemeines Krankheitsgefühl, den 2. Tag Rückenschmerzen, doch kein Fieber, am 3. Tag Morgens Schüttelfrost, gieng noch zu Fuss ins Spital, Abends complete schlaffe Paraplegie und grosse Dyspnoë intensiver, streng auf die Region des ersten und zweiten Brustwirbels localisirter Schmerz, auf Druck sich steigernd, doch keine Spur einer Deformation. Complete und totale Anaesthesie bis in die Höhe der Mamillae, über welcher Linie sehr lästiges intensives Hitzegefühl besteht namentlich in beiden Achselhöhlen. Oberflächliche und tiefe Reflexe erloschen. In den Muskeln der Unterextremitäten fibrilläre Zuckungen. Oberextremitäten frei beweglich. Blasenlähmung und Constipatio alvi.

T. im Rectum $40^0$6, in der r. Achselhöhle 40^0, links 40^0,4. Im weiteren Verlaufe Erbrechen. Schmerzen sowie excessives Hitzegefühl in den Armen, die allmählig ihre motorische Kraft sowie die Sensibilität verlieren. Häufige Schüttelfröste, hochgradige Myosis, qualvolle Dyspnoë; die obere Grenze der Anaesthesie des Rumpfes erhebt sich bis 10 Ctm. über die Mamillenhöhe. Decubitus an den Zehen, Sinken der Tempratur unter 32^0, des Pulses von 90 auf 48, Asphyxie, Tod am 10 Tage nach dem Falle.

Autopsie: Abundantes purulentes Exsudat im perimeningealen Bindegewebe des Rükenmarkskanales vom 7. Cervicial- bis 8. Dorsalwirbel reichend, am massigsten jedoch in der Höhe des 2. und 3. Brustwirbels. Dura mater sowie die Meninx spinalis erstere auch am äusseren Blatte ohne jedes Zeichen von entzündlicher Veränderung.

Das Rückenmark selbst von der Mitte des Brusttheiles an bis zur Cervicalanschwellung hinauf stark erweicht, besonders in der Höhe der 3 ersten Brustwirbel. Keine Fractur oder andere Knochen- resp. Gelenks-Laesion an der Wirbelsäule.

Der Fall interessirt wegen der nach einem unbedeutenden Sturze primaer ohne Knochenverletzung aufgetretenen und exclusiv auf das perimeningeale Gewebe beschränkten suppurativen Entzündung, deren massiges Exsudat zur raschen Erweichung des Rückenmarkes führte, die das anatomische Substrat der rapide ascendirenden Paralysis bildete.

Müller (Graz).

---

463) **Bourneville** und **Bonnaire** (Paris): Lésion ancienne du lobule de l'insula. (Archives de Neurologie Nro. VIII. 1882.)

Ein 54 jähriger Mann erlitt vor circa 19 Jahren plötzlich eine linksseitige Hemiplegie — ohne Bewusstseinspause (?). Ausbildung von tardiver Contractur der l. Oberextremität mit Steigerung der Sehnenreflexe. Bald nach dem apoplectiformen Anfall ergibt sich derselbe dem Trunke, es entwickelt sich allmählich das gewöhnliche Bild des Alcoholismus mit epileptischen Anfällen, in Dementia endigend. Intercurrent mal perforant plantaire im Niveau des I. Metatarsus des linken Fusses. Sensibilität wie Blase und Mastdarm stets intact. Tod an chron. Tuberculose der Lungen. Autopsie: Vollständige Destructions-Atrophie der r. Insel. Atrophie des rechten thalm. opticus und corp. striatum. Secundäre Degeneration der corticomusculären Bahn. Die Atrophie der *rechten* Insel erstreckt sich auch auf sämmtliche die Fossa Sylvii umgebenden Windungen. Ganz besonders ist die hintere Partie (pars opercularis) der 3. Stirnwindung sowie die untere Uebergangsstelle der beiden Centralwindungen, der gleichen auch der gyrus supramarginalis (pli courbe) in seiner grössten Ausdehnung sowie die ganze 1. und den hinteren Teil der 2. Temporalwindung ergriffen. Die in vivo beobachteten Symptome finden in dem anatomischen Substrat ihre genügende Erklärung und Begründung.

Dass hier bei Laesion der pars opercularis und der Insel in der *rechten* Hemisphäre (eines Rechtshänders) keine Aphasie bestand, steht im vollem Einklange mit der allgemein angenommenen Lokalisation des Sprachcentrums in die gleiche Gegend der *linken* Hemisphäre. Müller (Graz).

---

464) **Strümpell** (Leipzig): Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der epidemischen Cerebrospinal-Meningitis. (Arch. f. klin. Med. Bd. 30.)

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 32 Individuen von denen 24 im Alter zwischen 10 und 30 Jahren standen. Besonders bemerkenswerth waren einige Fälle, welche mit schweren Erscheinungen anfingen, dann aber sich rasch besserten. V. bezeichnet dieselben mit dem Name Meningitis cerebrosp. abortiva, entgegen der Bezeichnung Leydens und Zimmsens, welche die von vorneherein *leichten* Fälle so benennen. Die Höhe des Fiebers braucht mit der Schwere der sonstigen Krankheitserscheinungen in durchaus keiner Beziehung zu stehen.

Eine ziemlich grosse Anzahl von schweren und mittelschweren Fällen verläuft unter einem mässigen remittirenden Fieber, zuweilen kann das letztere einen intermittirenden Charakter annehmen. Neben den allgemeinen Gehirnerscheinungen werden häufig Localsymptome von Seiten des Gehirns beobachtet und zwar Störungen namentlich in der Innervation der Augenmuskeln und des Facialis. Abnahme der Gehörschärfe und Störungen des Geruchs wurden ebenfalls beobachtet. In einem näher beschriebenen Falle traten die anfänglich cerebralen Symptome gegenüber den spinalen ganz in den Hintergrund: es bestand Erschwerung der Respiration, complete Paraplegie der Beine,

ausserdem waren die Sehnenreflexe ebenfalls vollständig erloschen, stellten sich aber bei eintretender Besserung von neuem wieder ein.

Eine genaue mikroskopische Untersuchung ergab in fast allen Fällen nicht nur eine Entzündung der Häute sondern auch eine Betheiligung der Centralorgane selbst. Deshalb ist es anatomisch und klinisch gleich gerechtfertigt, wenn man nicht nur von einer Meningitis sondern von einer Meningo-Encephalitis und einer Meningo-Myelitis spricht. Es handelt sich entweder um eine Einwanderung von Rundzellen unabhängig von dem Eintritt der Gefässe, oder die letzteren sind der Weg, auf welchem die Entzündungserreger ihre Weiterverbreitung finden. Dann kommt es an einigen Stellen zu grösseren Entzündungsherden, zu Abscessen und kleinen Hämorrhagien. Sichtbare histologische Veränderungen an den Nervenfasern und Ganglienzellen liessen sich nur spärlich nachweisen. Ein Befund, nämlich das Vorkommen hypertrophischer Axencylinder im Rückenmark ist erwähnenswerth. In vier Fällen war eine Combination der Meningitis mit grösseren Gehirnabscessen nachweisbar. Eickholt (Grafenberg).

---

465) **B. Lachmann** (Frankfurt): Gliom im obersten Theile des Filum terminale mit isolirter Compression der Blasennerven. (Archiv für Psych. XIII. 1. p. 50.)

Die Geschwulst an der bezeichneten Stelle hatte eine Länge von 6,5, eine Breite von 2,2 und eine Dicke von 1,5 ctm. Sie wurde in einem Krankheitsfalle gefunden, wo die klin. Diagnose auf Carcinoma vesicae gestellt war. Wie sich bei der Section herausstellte, waren durch Druck des Tumors paretische Erscheinungen sowohl der motorischen als der sensiblen Blasennerven eingetreten, und entstand in Folge der andauernden Retention ein Blasencatarrh und eine Hypertrophie der Blasenmuskulatur. Aus verschiedenen Begleiterscheinungen schien die Annahme eines Carcinoms gerechtfertigt. Der zu Anfang der Erkrankung bestehende Verdacht auf eine Rückenmarkserkrankung war fallen gelassen worden, da nervöse Symptome fast gänzlich fehlten. Der letztere Umstand fand bei der Section darin seine Erklärung, dass — im Gegensatz zu früheren Beobachtungen — in diesem Falle von Tumor des Filum terminale eine secundäre Degeneration im Rückenmarke sich nicht nachweisen liess. —

Langreuter (Dalldorf).

---

466) **N. Weiss:** Ueber corticale Epilepsie. (Wiener med. Jahrbücher 1882.)

Verf.'s casuistischer Beitrag umfasst 7 gut beobachtete Fälle mit genauen Sectionsbefunden, die eine weitere Bestätigung — wenn es einer solchen noch überhaupt bedarf — der von Bravais vor 50 Jahren inaugurirten und neuestens von Hughlings-Jackson u. A. fest gegründeten Lehre der Rindenepilepsie als Ausdruck irritativer Rindenläsion sind.

Die erste Beobachtung betrifft einen 40 jährigen tuberculösen Mann mit rechtsseitigen, theils auf das Facialisgebiet ausschliesslich beschränkten, theils auch über die ganze r. Körperhälfte sich ausbrei-

tenden, ja 6 mal sogar wenn auch in viel schwächerem Grade über die linke Körperhälfte sich ergiessenden klonischen Krämpfen. Bei der Autopsie: Solitärer Tuberkel in der linken vorderen und hinteren Centralwindung und centralwärts bis in's Centrum semiovale hineinreichend; keine andere complicatorische Läsion im Gehirn.

Auch in der Beobachtung 5, eine 23 jährige im 4. Schwangerschaftsmonate stehende Frau betreffend, waren die Krämpfe rechtsseitig — doch nicht intermittirend wie die Regel — sonder continuirlich. Sie befielen anfänglich nur die r. Oberextremität später auch den Mundfacialis und die Augenmuskeln. 3 Tage vor dem Tode Ausbreitung derselben auf die Adductoren des linken Oberarmes und weiterhin auf Zunge und Unterkiefer, endlich rechte und linke Unterextremität. 2 Tage vor dem Tode traten allgemeine Convulsionen von kurzer Dauer ein.

Die Krankheit setzte mit einem apoplectischen Insult ein, der sich später mehrmals wiederholte, ihm folgte eine progressiv zunehmende Schwäche des r. Beines; die geschilderten continuirlichen clonischen Krämpfe in der rechten Oberextremität nahmen zu. In tiefem Sopor nach 7 wöchentlicher Krankheitsdauer exitus letalis. Section: Circumscripte, die Mitte der vordern linken Centralwindung einnehmende capilläre Hämorrhagien, wahrscheinlich durch momentane Steigerung der Hirnhyperaemie während der Gravidität. Die Hirn- sowie anderartigen Gefässe normal. Nach Verf. hängt die Periodicität oder Permanenz der Krämpfe von der Art und von dem Orte der irritativen Laesion ab, was wohl, ebenso hypothetisch ist wie H. Jackson's Ansicht, der die intermittirenden Krämpfe bekanntlich mit der Erschöpfung (Exhaustion) der Nerven-Centren zusammen bringt. Die anatomischen Veränderungen in den übrigen mitgetheilten Fällen sind von höchst verschiedener Natur; Abscess, chronische Meningitis — Pachymeningitis haemorhagica chronica mit frischer Blutung — Tumor, — stimmen aber völlig überein bezüglich des Sitzes, der stets in oder an den Centralwindungen gelegen ist.

Müller (Graz).

---

467) **O. Haab** (Zürich): Ueber Cortex-Hemianopsie. (Zeh. klin. Monatsbl. für Augenheilk. XX. p. 141.)

2 Fälle, die hauptsächlich den Beweis liefern sollen, dass das Opticus-Centrum in der Rindenschichte des Occipitalhirns gelegen und Läsionen desselben Functionsunfähigkeit der gleichnamigen Retinalhälften *beider* Augen bedingen.

Der erste Fall (von Prof. Huguenin) betrifft ein 8 jähriges Mädchen, welches schlecht ernährt, einer kachectisch tuberculösen Familie angehörte und bei abnehmender psychischer Regsamkeit an periodisch auftretendem Kopfschmerz erkrankte. Schlaf schlecht, Appetit sehr stark. Convulsionen in 3—4 tägigen Intervallen gesellten sich hinzu in beiden Armen, Beinen, Inspirations-Tetanus, unterbrochen von einer langsamen, schnarchenden Inspiration. Am Ende der Convulsionen Bewusstlosigkeit.

Geistige Schwachsinnigkeit; Störung der Sprache fehlt, die Motilität ist nicht gestört ausser durch Schwäche aller Muskeln. Kein Strabismus, keine Ptosis, Pupillen beiderseits gleich, gut reagirend. Facialis und Hypoglossus normal. Reflexe lebhaft. Ebenso die Sensibilität ohne Störung. Ophthalmoskopisch keine Abnormität; indess bei Besserung des Sensoriums Auftreten von Neuritis der optici mit Hemianopsia *sin.* oc. utr. Beide *rechte* Retinalhälften fielen gänzlich aus. Unter Entwicklung von bronchopneumonischer Infiltration trat der Tod ein.

Section ergab bei fast normalem Hirnbefund das Vorhandensein von 2 Tumoren, der eine an der Spitze des linken Stirnhirnes, der Umbiegungsstelle der 2. Stirnwindung gelegen, 2,5 Ctm. lang und 1,75 Ctm. breit und 0,75 Ctm. tief, welcher den ganzen Cortex eingenommen hat. Der 2. Tumor liegt an der medialen Fläche der rechten Occipitalspitze. Länge 3 Ctm., Höhe 3 Ctm., Dicke 2,5 Ctm.; lagert im Sulcus hippocampi und hat denselben nach 2 Seiten auseinander gedrängt. Die Umgebung zeigt eine gelblich rothe Farbe. Beide Tumoren sind Käseherde.

Der 2. Fall betrifft eine 61 jährige Frau, die an Peri-Endocarditis gelitten und in Folge von Embolie von Parese der linken Extremitäten befallen wurde. Zugleich bestand Hemianopsia *sin. beider* Augen mit verticaler Trennungslinie. Andere wesentliche Störungen der Motilität und Sensibilität wurden nicht constatirt. Tod in Folge der Mitralisinsufficienz. Bei der Section zeigte sich die hinterste Spitze des rechten Occipitallappens defect, einen cystoiden Erweichungsherd enthaltend, der der medialen Seite zu die ganze Umgebung des Sulcus hippocampi im Bereich mehrerer Quadrat - Centimeter einnimmt. Die Zerstörung der Hirnsubstanz beschränkt sich häuptsächlich auf die Rinde, so dass zwischen der Cyste und dem nahe liegenden Hinterhorn sich noch eine ziemlich dicke Schicht Marksubstanz vorfindet. Sonst keine Anomalie weder im Thalamus, corp. quadrig. ad tract optic. noch Chiasma vorhanden. Die Cyste war zweifellos embolischen Ursprungs.

Nieden (Bochum).

---

468) **N. Weiss** (Wien): Ein Fall von Aphasie mit Worttaubheit.

(Wiener med. Wochenschrift Nro. 12, 1882.)

Bei einem 74 jährigen Manne, der post apoplexiam cerebri durch 3 Monate eine stationäre complete Aphasie, Worttaubheit und rechtsseitige Hemiplegie mit tardiver Contractur darbot, fand sich bei der Section eine ziemlich weit ausgedehnte und tief gehende Laesion im Verbreitungsgebiete der Art. foss. Sylvii sinist. und zwar Zelleninfiltration post Emboliam im Bereiche des unteren Parietalläppchens, der insula Reilii, der hinteren Hälfte der untern Schläfewindung und der anschliessenden Partie des Occipitalläppchens in ungefähr 1 Ctm. Ausdehnung sowie in der oberen queren Schläfewindung. Zellinfiltration im Corpus striatum und Linsenkern sowie im Claustrum, in der Capsula externa in der linken Hemisphäre. Chronische Endarteriitis. Wie in

allen bisher zur Autopsie gelangten Fällen von Worttaubheit, so fand sich auch hier eine Laesion der I. Temporalwindung.

Müller (Graz).

---

469) **H. Blaise** (Montpellier): De la Cachessie pachydermique. (Myxoedem). (Archives de Neurologie Nro. 7 und 8, 1883.)

Blaise bringt eine fleissige übersichtliche geschichtliche Zusammenstellung aller bisher bekannt gewordenen Fälle der zuerst von W. Gull als cretinähnlicher Zustand, auftretend bei Erwachsenen und zwar stets bei Weibern, und später von Ord in London als Myxoedem beschriebenen Krankheit, und theilt im Weiteren eine eigene einschlägige Beobachtung in extenso mit.

Der Fall betrifft eine gegenwärtig 34 Jahre alte Leinenhändlerin. Dem eigentlichen Beginne der Krankheit gingen voraus kleine papuloese Eruptionen an den oberen Extremitäten, allgemeines Defluvium der Kopf- und Körperhaare, Gastralgien und andere Schmerzen. Mit 27 Jahren progressiv zunehmende übermässige Dickenentwicklung der allgemeinen Hautdecken. Gleichzeitig mannigfache Paraesthesien und Paralgien (Stechen, Brennen, Kältegefühl etc.) Verlangsamung der Sprache mit eigenthümlichem timbre, Störung der höheren Sinnesorgane (Perversionen); psychische Störungen: progressive Abnahme des Gedächtnisses, der Urtheilskraft, Gehörshallucinationen, Persecutionsdelir, die durch 3 Jahre die Unterbringung in einer Irrenanstalt nothwendig machten. Gleichzeitig hatten die allgemeinen Tegumente eine exessive, unförmliche oedemähnliche Verdickung und Aufschwellung erfahren, die bis Ende 1878 zunahm. Die Gedunsenheit war im Gesichte besonders ausgeprägt und verlieh demselben ein maskenähnliches Aussehen. In gleichem Grade ist die Cutis und das subcutane Zellengewebe auch am Halse, Rumpf und Extremitäten verdickt. Auf Fingerdruck bleiben nirgends jene Eindrücke und Vertiefungen zurück, die für Oedem so sehr characteristisch sind. Hautfarbe weisslich, Schweisssecretion sehr vermindert. Urin eiweissfrei, Herz und Lunge sowie alle inneren Organe ohne Befund.

1879 unter roborirendem und tonisirendem (ferum, Chinin, Milch) Regime Stillstand und sogar deutliche Rückbildung der Aufgedunsenheit.

In interessanter Weise gieng Hand in Hand damit die psychische Besserung, 1880 war das Persecutionsdelir sowie die übrigen psychischen Veränderungen vollständig geschwunden. Desgleichen die sensoriellen Perversionen.

Blaise will die Krankheit statt mit Myxoedem lieber mit dem nichts praejudicirenden Ausdrucke: Cachexie pachydermique, der bekanntlich von Charcot herrührt, belegt wissen.

Müller (Graz).

---

470) **Emile Demange** (Nancy): Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques. Lésions anatomiques. (Revue de Médecine Nro. 3. 1882.)

Bei einem 53 Jahre alten Tabiker im vorgeschrittenen atactischen Stadium — die Krankheit setzte vor 18 Jahren mit lancinirenden Schmerzen in den unteren Extremitäten ein — fielen vor circa 4 Jahren innerhalb 2 Monate sämmtliche Oberkieferzähne, ohne dass Caries oder irgend eine schmerzhafte sichtbare Lokalaffection vorausgegangen wäre oder coincidirt hätte, spontan aus. Ende Mai 1879 kam es zu schweren gastrischen und etwas später zu laryngealen Krisen. Im Gesichte beiderseitige complete Anästhesie und Analgesie (nur am Kinn einfache Verminderung) dabei öfters paroxystische lancinirende Schmerzen. Die Unterkieferzähne intact nur einige cariös. August 1880 an den Folgen von Decubitus erlegen.

Bei der Autopsie fand sich die gewöhnliche graue Degeneration der Hinterstränge (Keilstränge und Goll'sche Stränge). Sclerose des Bodens des IV. Ventrikels in seiner ganzen Ausdehnung. Die Mehrzahl der Bulbärkerne eingebettet mitten in eine sclerotische Masse, deren Grenzen gegen die Tiefe ziemlich diffus sind.

Am deutlichsten sind sclerotisirt: der sensible Kern des Glossopharyngeus und Vago-Accessorius, die corpora restiformia, Roland'sche Substanz, die aufsteigende Trigeminus-Wurzel sowie die graue Substanz des Bodens der Rautengrube. Am Trigeminusstamme deutlich ausgeprägte partielle sclerotische Neuritis.

Der II. Fall betrifft einen 64 jährigen Mann, bei dem die Tabes im Jahre 1867 mit einem Mal perforant, das die Amputation der rechten grossen Zehe zur Folge hatte, und mit den charakteristischen Schmerzen einsetzte. Später heftige neuralgiforme Schmerzen im Trigeminusgebiete besonders linkerseits, dabei complete Anästhesie und Analgesie in der linken Gesichtshälfte. Ataxie an den oberen und unteren Extremitäten. Oktober 1879 spontaner Ausfall aller Zähne im linken Oberkiefer — die im rechten sind fast intact. Mai 1881 exitus letalis.

Die histologische Untersuchung des gehärteten Rückenmarks und Bulbus ergab einen ganz ähnlichen Befund wie im Fall I. Die Sclerose setzte sich continuirlich aus den Hintersträngen auf den Boden der Rautengrube fort. Die Ganglienzellen sind sehr geschrumpft und in einen ausgebreiteten sclerotischen Herd eingebettet.

Müller (Graz).

---

471) **E. Rehlen:** Statistische Mittheilungen über 35 Fälle von *Tabes dorsalis.* (Inaug. Dissertat. München 1882.)

Das für die vorliegende Arbeit benutzte Beobachtungsmaterial entstammt der unter Leitung des Dr. G. Fischer stehenden Heilanstalt. Unter den 35 Kranken befindet sich keine Frau. Der Beginn der Erkrankung fällt bei 23 zwischen das 36. und 45. Lebensjahr. Eine neue Bestätigung für den Satz, dass die Tabes eine Krankheit des mittleren Lebensalters ist. — 5 Male konnte hereditäre Dis-

position eruirt werden. — In 26 Fällen sind unter den ätiologischen Momenten „häufige Durchnässungen und Erkältungen“ notirt. In 4 Fällen ist absolut keine nachweisbare Ursache der Erkrankung zu finden. Eine traumatische Ursache ist einmal nachzuweisen gewesen. Coincidenz mit Herzkrankheiten (namentlich mit Insufficienz der Aortenklappen) ist nicht beobachtet worden. Das Cessiren früher bestandener Fussschweisse betrachtet Verf. nicht als ursächliches Moment, sondern als ein Symptom, welches im Beginne des Leidens nicht selten vorkommt. Bei Besprechung der Stellung, welche die Syphilis in der Aetiologie der Tabes einnimmt, wird die diesbezügliche umfangreiche Literatur ziemlich vollständig angeführt.*) In den dieser Arbeit zu Grunde liegenden 35 Fällen war 8 Male Syphilis vorhergegangen, 8 Male wird weicher Schanker zugegeben; 1 Falle ist zweifelhaft. — Irgend eine charakteristische Abweichung im Verlauf der „syphilitischen“ Fälle von dem der gewöhnlichen Tabes konnte nicht constatirt werden.

Was die Symptomatologie betrifft, so sind in nachfolgender tabellarischen Zusammenstellung der gefundenen Thatsachen die Symptome nach der Häufigkeit des Vorkommens gruppirt:

Leichte Ermüdbarkeit. Unsicherheit	33	mal.
Fehlen der Patellarreflexe	32	„
Erweiterung der Tastkreise	32	„
Verlangsamte Schmerzleitung	31	„
Lancinirende Schmerzen	30	„
Ataxie	29	„
Blasenschwäche	28	„
Abnormitäten der Pupille	28	„
Erhaltene mechanische Erregbarkeit	25	„
Parästhesieen der Beine	24	„
Gürtelgefühl	20	„
Parästhesieen der Hände	16	„
Sexuelle Schwäche	16	„
Regionäre Anästhesieen	15	„
Verlangsamung der Berührungsempfindung	14	„
Lähmung der Augenmuskeln	13	„
Refl. Pupillenstarre mit Myosis	13	„
Opticusaffection	9	„
Fischers Polyästhesie	9	„
Analgesie	8	„

*) Die Zahlenangaben, die Verf. an dieser Stelle aus der Literatur zusammenstellt, rectificire ich dahin, dass bei Mayer (Aachen) statt 100, 10 und statt 80, 8 gesetzt ist, die er in den Jahren 1876—79 beobachtete. Hinsichtlich der Vermuthung des Verf's dass die Zahlen Mayers (80% Lues) unter dem „specifischen“ Einflusse des Wirkungskreises ständen, was auch anderweitig häufig hervorgehoben wird, bemerke ich, dass Mayer zu seiner Statistik nur solche Fälle benutzt hat, welche *nicht* wegen Lues in seine Behandlung traten, sondern seiner städtischen Praxis angehörten, wie er das auch schon in Baden-Baden hervorhob. Der Einfluss des „specifischen“ Wirkungskreises ist also somit gerade ausgeschlossen. Goldstein (Aachen).

Cessiren der Fussschweisse	7 mal.
Hyperalgesie	5 „
Abnormitäten der Bewegungsempfindung (Leube)	5 „
Defecte des Kitzelgefühls	5 „
Cystitis	5 „
Viscerale Crisen	5 „
Einfache spinale Myosis	5 „
Complication mit Psychosen	4 „
Einseitige Oculomotoriuslähmung mit paralytischer Mydriasis	3 „
Einfache reflectorische Pupillenstarre	2 „
Einfache Ungleichheit der Pupille	2 „
Vasomotorische Störung im Gesicht	2 „
Decubitus	2 „
Verlangsamung der Leitung mit Hyperalgesie	2 „
Allocheirie (Obersteiner)	2 „
Parästhesieen im Quintusgebiet	1 „
Tabische Gelenksaffectionen	1 „
Naunyn'sche Nachempfindung	1 „
Complicationen mit Lähmungen	1 „
Halbseitige Lähmungen des Sphincter pupillae	1 „
Accomodationsstörungen	1 „

Bei 1 Patienten wurde eine eigenthümliche *vasomotorische Störung* beobachtet. „Das Gesicht dieses Mannes, das schon von Natur aus stark geröthet war, röthete sich nach dem Genusse saurer und salziger Speisen noch intensiver unter enormer Schweisssecretion. Die Acne soll nach solchen Attaquen immer stärker werden. Selbst der blosse Anblick von Käse, Häring, Gurken genügt, um diese merkwürdige Erscheinung hervorzurufen, ja manchmal tritt dieselbe sogar schon beim blossen Gedanken an die erwähnten Speisen auf."

Rabow (Berlin).

---

472) **A. Jarisch** und **E. Schiff:** Untersuchungen des Kniephänomen. (Aus dem Laboratorium von Prof. v. Basch.) (Oesterr. medic. Jahrb.)

Mit Rücksicht auf die Untersuchungen von W. Stirling (Kronecker) „über die Summation elektrischer Hautreize" und von Ward „über die Auslösung von Reflexbewegungen durch eine Summe schwacher Reize" unternahmen die Verff. die Prüfung der Frage, ob in gleicher Weise wie durch einzelne maximale (unfehlbare) auch durch eine Summe minimaler auf Sehnen applicirter Reize Bewegungserscheinungen in den dazu gehörigen Muskeln hervorgerufen werden könnten.

Verff. bedienten sich zu ihren Untersuchungen einer eigenthümlichen, im Original einzusehenden Vorrichtung und verwandten als Registrirapparat nicht wie Eulenburg in seinen bekannten analogen Experimenten die mit einer Luftkapsel verbundene Marey'sche Trommel, sondern den Basch'schen Wellenzeichner. Nachdem festgestellt war, dass minimale, selbst durch einen Zeitraum von 10 Secunden getrennte Reize wirksam waren, wurden bei den eigentlichen Versuchen langsam aufeinanderfolgende Reize angewendet und es ergab

sich bei 21 Versuchspersonen in der That, dass eine Reihe von gleichen minimalen, in bestimmten Zeitabständen (von mindestens einer Secunde) wiederholten mechanischen Reizen die als Kniephänomen bekannte Erscheinung hervorrief; doch war die Reaction auf die intermittirenden Reize sowie die Form und Grösse der Muskelcontraction in den verschiedenen Fällen und selbst zu verschiedenen Zeiten bei demselben Individuum eine durchaus wechselnde. Nach Darlegung der Untersuchungsergebnisse führen die Verff. als direkt aus ihren Versuchen resultirende Stützen für die Annahme einer reflektorischen Genese des Patellarphänomens folgende — wohl nicht durchweg beweiskräftige Momente (Ref.) — an: 1) die Ungleichmässigkeit der Form der Zuckung, 2) die bisweilen beobachteten Tetani, 3) die Nachwirkungen, namentlich die sich im Anschluss an den Reflex über den ganzen Körper verbreitenden Zuckungen, 4) gewisse innerhalb des Kreislaufes zum Vorschein kommende, auf reflectorischem Wege von der Patellarsehne ausgelöste Erscheinungen (vasomotorischer Natur), z. B. Herzklopfens Wechsel der Gesichtsfarbe und namentlich die von ihnen mittelst des Sphygnomanometer's nachgewiesenen Veränderungen des Blutdruckes.

Von den weiteren Schlussfolgerungen mag hier noch hervorgehoben werden, dass die Verff. es nicht mehr für gestattet halten, ein Fehlen des Kniephänomens anzunehmen, wenn dasselbe nach Application *eines* Reizes ausbleibt, und dass aus Prüfungen vermittelst der Methode der einzelnen, maximalen Reize allein kein sicheres Urtheil über die Art und Grösse des Reflexes abgeleitet werden kann.

Im Anschlusse an die vorliegende Abhandlung möchte sich Ref. eine kleine oratio pro domo gestatten, um auf seine eigenen Studien und Beobachtungen über die klinisch verwerthbaren Reflexe hinzuweisen und sich so seinen bescheidenen Antheil an der Erörterung dieser so wichtigen Fragen zu sichern. Die Resultate seiner Untersuchungen, denen er leider die beabsichtigte zusammenfassende Darstellung noch nicht hat folgen lassen können, sind im Archiv für Psychiatrie etc. Bd. VI., in der Berl. klin. Wochenschr. 1881, Nro 41, in der Zeitschrift für klin. Medicin (Frerichs-Leyden) Bd. I, Heft 2. und 3., und namentlich in diesem Centralblatte, Jahrgang 2 (1879), Nro 8, niedergelegt. In dieser letzterwähnten Arbeit hat Ref. *zuerst* mitgetheilt, dass *beim Menschen in der Chloroformnarcose, im Morphium- und Chloralhydratschlaf, sowie im festen natürlichen Schlaf, die Patellarreflexe etc. verschwinden, dass dieses Verschwinden das Zeichen der gelungenen Narcose ist und dass dieses Verhalten des Phänomens wohl einen Beweis für die reflectorische Natur des Vorganges liefert.* (Die idiomuskuläre Zuckung bei Beklopfen des Muskels kann auch in der Narcose bestehen bleiben, wie J. und Sch. ebenfalls beobachtet haben). Eulenburg, welchem die Verff. der eben referirten Abhandlung, die erwähnten Beobachtungen und Schlussfolgerungen bezüglich des Verhaltens des Patellarreflexes in der Narcose vindiciren, hat seine umfassenden, auch auf das Thierexperiment sich erstreckenden Beobachtungen fast 2 Jahre später (im Februar 1882) conf. D. medic. Wochenschrift 1881. S. 181) publicirt und in der ausführlichen Dar-

stellung den Ansprüchen des Ref. (dessen Arbeit im Centralblatt von 1879 ihm bei Publication seiner vorläufigen Mittheilung unbekannt gewesen war) bezüglich der Priorität Rechnung getragen.

Rosenbach (Breslau).

---

473) **A. de Watteville:** On Reflexes and Pseudo-Reflexes. (British Medical Journal. 20. Mai 1882.)

In dieser vorläufigen Mittheilung, die sich bereits im Druck befand, als Westphal's jüngste Arbeit über das Kniephänomen erschien, kommt Verf., der sich bei seinen Versuchen der graphischen Methode bediente, zu folgenden Resultaten: 1) das Latenzstadium des (von der Haut ausgelösten) Plantarreflexes dauert ungefähr 3 mal so lange als das des „sogenannten Sehnenreflexes" (d. h. des durch Beklopfen der Sehne ausgelösten) dessen Latenzperiode W. in Uebereinstimmung mit andern Autoren zu 0,03 Secunden angibt. 2) Die auf einen Hautreiz folgende (reflektorische) Muskelcontraction hat einen viel protrahirteren Verlauf als die sich an die Sehnenpercussion anschliessende. 3) In manchen Fällen resultirt aus der Percussion der Sehne eine Muskelcontraction, deren Latenzstadium und Verlauf alle Characteristica der durch Hautreize ausgelösten musculären Reflexaction zeigt. 4) Bisweilen zeigt auch bei galvanischer Reizung der Muskeln die Contraction ein längeres Latenzstadium und einen protrahirteren Verlauf als dies sonst bei elektrischer Reizung der Fall zu sein pflegt. 5) Der Nachweis, dass Reflexzuckungen ebenso durch galvanische Reizung, wie durch Beklopfen der Sehne hervorgerufen werden können, ist von grosser Wichtigkeit für die Diagnose. Rosenbach (Breslau).

---

374) **C. Gussenbauer** (Prag): Ueber Nervendehnung. (Prager med. Wochenschrift 1882. Nro. 1, 2, 3.)

475) **G. v. Weltrubsky** (Prag): Erfahrungen über Nervendehnung. Casuistische Mittheilungen aus der II. chirurg. Klinik des Herrn Prof. Gussenbauer. (Prag. med. Wochenschr. 1882. Nr. 11, 12, 13, 15, 17, 21, 22.)

476) **M. Bernhardt** (Berlin): Weiterer Beitrag zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des N. facialis bei tic convulsif. (Deutsche med. Wochenschrift 1882. Nro. 9.)

477) **J. Braun** (Prag): Ueber den mechanischen Effect bei centrifugaler Nervendehnung auf das Rückenmark. (Prag. med. Wochenschr. 1882. Nro. 17, 18, 19.)

Gussenbauer (1) gibt in einem Vortrage, gehalten in der Generalversammlung des Centralvereins der deutschen Aerzte in Böhmen am 16. Dezbr. 1881, zunächst einen geschichtlichen Ueberblick der Dehnungen seit 1869, wo Billroth durch Dehnung des rechten Nerv. ischiadicus eine schwere, traumatische Reflexepilepsie allmälig zur Heilung brachte. Dann geht er auf die Mechanik der Nervendehnung und die davon abhängig gemachten Wirkungen über. Hier berichtet er über die Versuche Vogt's betreffs des mechanischen Effectes der Dehnung, die derselbe als Neurolysis (Nervenlockerung) und Neurokinesis (Nervenverschiebung) bezeichnet, dem Verf. nicht unbedingt zustimmt. Er erwähnt dann die Ansichten Müller's und Ebner's,

welche als Essentielles die dynamische Wirkung, d. h. die *moleculare* Veränderung im Nerven betrachten, aber auch nicht nach Verf. das allein Richtige getroffen zu haben scheinen. Auch die Frage ob die Wirkung der Dehnung auf das Rückenmark übergreift, ist verschieden beantwortet. Vogt leugnete die Wirkung, Gilette hat an der blossgelegten Medulla deutlich eine Bewegung mit den Fingern wahrgenommen. Nach den Versuchen an der Leiche, die Verf. vorgenommen, besteht für ihn kein Zweifel, dass schon die rein mechanische Wirkung bei der am Menschen vorgenommenen Dehnung sich auf das Rückenmark fortpflanze, ja, er hält es für wahrscheinlich, dass sich Spuren von Bewegungen selbst am Gehirn manifestiren können. Nachdem die Operationsweise beschrieben und der unblutigen Dehnung die ebenfalls wirksam zu sein scheint, gedacht ist, geht Verf. zur wichtigsten Frage, zu dem therapeutischen Werthe der Dehnung über. Auch diese lässt sich nach dem vorliegenden statistischen Materiale keineswegs in präciser Weise beantworten; die Dehnung ist in keiner der Nervenaffectionen, bei denen sie bisher versucht worden, ein unfehlbares Heilmittel, wenn auch in vielen Fällen recht günstige Resultate verzeichnet sind. Ueber die einzelnen Dehnungen geht Verf. kurz hinweg, da dieselben in der Arbeit von Weltrubsky (2) ausführlich beschrieben sind. Für unsere Zwecke möge es genügen, die bezeichnenden Ueberschriften der einzelnen Fälle wiederzugeben.

I. Tab. dorsalis. 12 Jahre Dauer. Dehnung beider Ischiadici. Ungestörter Wundverlauf. Auffallende anhaltende Besserung. Kranke, Anna Müller, 46 J. alt, Korbmacherweib.

II. Neuritis accendens des Ischiadicus (Vielleicht beginnende Tabes mit noch erhaltenem Kniephaenomen) Dehnung des r. Ischiadicus, ungestörter Wundverlauf, wesentliche Besserung der Motilität, Verschwinden der an den unteren Extremitäten vorhandenen Schmerzen und Muskelzuckungen. Persistiren der Sensibilitätsstörungen. Patient, 41 jähriger Kaufmann.

III. Tab. dorsal. seit $^5/_4$ Jahren, Erscheinungen von Cystitis, fieberhafter Zustand, beginnender Decubitus; Dehnung beider N. ischiadici. Ausbleiben der Wundheilung. Zunahme der Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Tod an Pyelonephritis 33 Tage nach der Operation. Typische Hinterstrangsclerose. Patientin ein 35 Jahre altes Schuhmacherweib. Bei der von Klebs vorgenommenen Section werden u. A. submeningeale Haemorrhagien und mehrfache Residuen eines abgelaufenen Entzündungsprocesses constatirt, die durch ein Trauma, durch Traction auf das R.-M. fortgepflanzt, entstanden sein dürften.

IV. Tab. dors. $4^1/_2$ Jahre Dauer. Dehnung beider Ischiadici. Ungestörter Wundverlauf. Vorübergehende Abnahme der Sensibilitätsdeffecte an den unteren Extremitäten. Verschwinden einer ausgesprochenen Verspätung der Schmerzempfindungen. Besserung der Blasenfunction. Patient, 48 Jahre alter Postbeamter.

V. Tab. dors. 8 Jahre Dauer. Dehnung beider Isch. Ungestörter Wundverlauf. Anhaltende Besserung der Motilität durch auffallende Verminderung der Ataxie. Verschwinden der Sensibilitäts-

störungen an den unteren Extremitäten unmittelbar nach der Operation; nach Wochen Wiedererscheinen derselben. Besserung der Blasenfunction. Keine günstige Beeinflussung der Schmerzen. Patient, 50 jähriger Bahnbeamter.

VI. Tab. dors. mit gastrischen Krisen. 10 Jahre Dauer. Dehnung beider Isch., ungestörter Wundverlauf. Keinerlei günstige Beeinflussung der Symptome, bis auf Besserung der Blasenfunction. Patientin, 54 jährige Wittwe.

VII. Tab. dors. Dauer 1 Jahr. Dehnung beider Isch. Ungestörter Wundverlauf. Keine günstige Beeinflussung der Krankheitserscheinungen. Patient, 48 jähriger Taglöhner.

VIII. Tab. dors. 16 Monate Dauer. Dehnung beider Isch. Naht der jodoformirten Wunden ohne Drain. Eitersenkung entlang der Scheide des l. Ischiadicus. Heilung durch Granulation. Keinerlei Besserung der Motilität. Keine wesentliche Beeinflussung der Sensibilitätsdefecte. 41 jähriger Strassenmeister.

IX. Tab. dors. complicirt mit psychischer Störung. Dauer 2 Jahre. Dehnung beider Isch. Naht der jodoformirten Wunden ohne Drain. Eitersenkung entlang der Scheide des l. Isch. Protrahirte Heilung durch Granulation. Keinerlei günstige Beinflussung der Krankheitserscheinungen. Patient, 33 jähriger Trödler.

X. Tab. dors. Dauer 14 Jahre. Dehnung beider Isch. Rechts langsame Heilung der Operationswunde durch Granulation, links arterielle Nachblutung am 6. Tage nach der Operation. Eitersenkung entlang der Nervenscheide, sehr verzögerte Heilung, vorübergehende, unbedeutende Besserung der Sensibilität, Verschlechterung der Blasenfunction, allgemeine Kraftabnahme. Patient, 44 jähriger, gewesener Soldat.

XI. 50 jähriger Schlächtermeister, seit 1 Jahr linksseitiges Hüftweh, unblutige Dehnung des l. Isch. in der Chloroformnarcose. Ohne Erfolg.

XII. 35 jähriger Silberarbeiter, seit 6 Monaten rechtsseitiges Hüftweh. Blutige Dehnung des r. Isch. Unmittelbarer günstiger Erfolg. Nach 10 Tagen jedoch Wiederkehr der alten Schmerzen, vielleicht in nicht so grosser Intensität wie früher.

XIII. B. D. 15 Jahre alt, Epilepsie seit 2 Jahren und 3 Monaten, mit Aura vom rechten grossen Zehen ausgehend, zuckendes Gefühl, Krampf der Wadenmuskulatur. Blutige Dehnung des r. Isch. Am nächsten Tage 3 Anfälle. Mach 10 tägigem Intervall binnen 24 Stunden 5 Anfälle, worauf nach 2 Wochen einzelne Insulte. Patient wurde dann entlassen. Zum Schluss führt Verf. an, dass die sub. I. und II. constatirte Heilung, resp. Besserung keine anhaltende war und bei beiden Fällen nach 3 Monaten die alten Beschwerden in Bezug auf Motilität und Sensibilität wieder vollständig ausgebildet waren. Im Grossen und Ganzen sind die hier gewissenhaft ausführlich wiedergegebenen Fälle für den Werth der Operation nicht gerade sehr beweisend.

Bernhardt (3) beobachtete 6 Monate lang einen von **Hahn**

operirten Fall von tic convulsif, ohne ein Recidiv zu bemerken und geht aus seiner früher beobachteten Reserve betreffs der Operation der Facialisdehnung heraus, in dem auch einige neuere angeführte Fälle nicht unbedeutende Erfolge aufweisen.

Durch die Versuche von Gussenbauer (siehe oben) war es ausser Zweifel gestellt, dass die centrifugale Dehnung der N. ischiadici auch eine Bewegung der Medulla spinalis nicht nur im Rückenmarkscanale, sondern auch innerhalb ihrer Hüllen, bewirke. Da diese Locomotion jedoch nur mittels des Augenmasses festgestellt war, so machte Braun (4) Experimente am Cadaver, die in genauer Weise graphisch dieselben darstellen sollen. Indem wir betreffs der Versuchsanordnung und der Curven auf das Original verweisen, führen wir hier nur die Resultate an, welche lauten, dass bei einer schwachen peripherischen Dehnung eine unverhältnissmässig grosse Bewegung der Medulla erfolgt im Vergleiche zu der, welche durch eine sehr starke Dehnung ausgelöst wird und dass ferner irgendwo im Verlaufe der peripheren Nerven ein Hinderniss liegen muss, welches nicht gestattet, dass die volle Dehnung sich auf das R.-M. fortpflanzt und sich desto mehr bemerkbar macht, je grösser die dehnende Kraft ist. Der Grund dieses Hindernisses wird mit Gussenbauer in die Nervenverzweigung gelegt im Gegensatze zu Vogt, der den Widerstand in den fibrösen Strängen, die von den Wirbeln zur Nervenhülle gehen, suchte. Als Ursache einzelner in der Literatur verzeichneter, schwerer Erscheinungen nach Nervendehnung wird möglicherweise der zu starke mechanische Effect hingestellt. So bei den Fällen von Kuhlenkampff und Weltrubsky (Gussenbauer). Daher werden auch die öfter beschriebene Veränderung der Athmung, der Herzaction und der Pupillenweite nicht als reflectorische, sondern als directe Wirkung auf das Centralorgan angesehen. Demgemäss wirft Gussenbauer die Frage auf, ob nicht bei gewaltsamer Streckung der Kniegelenke eine directe mechanische Reizung durch die centrifugale Nervendehnung der Medulla bewirkt werde. Drei Fälle von plötzlichem Tod während der Streckung sollen dies erhärten. Besonders Fall 3 ist beweisend, der dem Verf. von Prof. Prébram mitgetheilt worden: Einem jungen Manne mit hochgradigen Contracturen in beiden Hüft- und Kniegelenken wurde in Chloroformnarcose die forcirte Streckung beider unteren Extremitäten vorgenommen. Narcose gut. Bald stellten sich schwere Erscheinungen, Collaps, Tod ein. Bei der Obduction zahlreiche Haemorrhagien längs der beiden Ischiadici, an allen Zwischenwirbellöchern der untern Partie der Wirbelsäule an der Dura und Pia bis weit hinauf zum Halsmarke. Ob das R.-M. lädirt war, konnte von Prof. Pr. nicht mehr angegeben werden, allein die Asphyxien können ja Folgen der Zerrung desselben sein. Ref. bemerkt dazu, dass Brandis (Aachen) in seiner Broschure: Ueber die Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus (Hirschwald, 1882) von Asphyxieen bei forcirten Streckungen contrahirter Gliedmassen spricht, die nur der mangelhaften Art zu chloroformiren ihre Entstehung verdanken. Br. glaubt, dass bei nicht vollkommener Narcose der Schmerz

trotz der Umnebelung des Bewusstseins noch gefühlt wird, wodurch die eigenthümliche Wirkung auf die Athemorgane zu Stande käme. Ehe die Narcose vollkommen war, bot eine Patientin nur beim Auseinanderziehen der Beine diese Erscheinung der Respiration und des Pulses dar, die in tiefer Narcose auch bei blutiger Nervendehnung vermisst wurde. Goldstein (Aachen).

---

478) **N. Weiss** und **J. Mikulicz** (Wien): Zur Nervendehnung bei Erkrankungen des Rückenmarkes. (Wiener med. Wochenschrift Nro. 36 und Fortsetzungen. 1881.)

Verfasser berichten in nüchterner, streng objectiver Weise über ihre Erfahrungen über Nervendehnung bei centralen Leiden. Gedehnt wurden 8 ausgesprochene theils frische theils veraltete Tabesfälle und ein Fall von disseminirter Hirn - Rückenmarkssclerose. Die Dehnung wurde immer mit ziemlich starker Kraft und stets am N. ischiadicus ausgeführt und zwar 3 mal nur einseitig, 5 mal bilateral (so auch bei der dissem. sclerose) und zwar immer am Rande des Glutaeus, um in nächster Nähe der Medulla spin. zu wirken. Natürlich strenge Antisepsis; die Drainage der Wunde perhorrisciren die Verf. und halten sie nicht blos für eine überflüssige, sondern mitunter sogar für bedenkliche Massregel. 14 mal erfolgte vollständige Heilung per primam, nur 1 mal per secundam int. Die Erfolge waren im Allgemeinen keine nennenswerthen und erfreulichen, ja im letzteren Falle war sogar 10 Tage post operationem, die nebenbei gesagt ganz *glatt verlief*, exitus letalis eingetreten, und zwar wie die Verf. meinen, indirect in Folge der Nervendehnung. Verf. warnen daher bei der multiplen Herdsclerose vor einem operativen Eingriffe. (Eine Ansicht die auch Ref. und Ebener bereits früher in ihrer Arbeit über Nervendehnung aussprachen). Die durch die Neurotonie erzielten Veränderungen der tabischen Symptome waren:

Die Ataxie erfuhr nur einmal eine leichte Besserung — zwei mal eine Steigerung — fünfmal blieb sie davon unbeeinflusst.

Die Schmerzen liessen in einem allerdings nur kurze Zeit beobachteten Falle deutlich nach; in den übrigen Fällen remittirten sie nur ganz unbedeutend und vorübergehend oder sie blieben total unbeeinflusst.

Die objective Sensibilitätsstörung blieb 4 mal ganz unverändert, 2 mal trat eine transitorische und 2 mal eine bis ans Ende der Beobachtungszeit von 3 Monaten dauernde Besserung ein.

Die Blasen- und Mastdarmstörungen wurden 2 mal gebessert; in einem 3. Falle kehrte auch die seit 2 Jahren erloschene Potenz zurück. In einem Falle trat aber p. op. Blasenlähmung auf. 5 mal war mehr oder weniger deutlich Peroneusparese hinzugetreten.

Verf. ziehen aus diesen zahlreichen ungünstigen und seltenen günstigen Veränderungen den Schluss, dass ihren Kranken durch die Operation kein besonderer Nutzen geleistet und der Verlauf der Tabes im Wesen nicht beeinflusst worden ist. Sie standen daher von weiteren Versuchen in dieser Richtung ab. Müller (Graz).

---

479) **Schuster** (Aachen): Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. (Berlin, 1882, bei Enslin. 8⁰. S. 210. Preis?)

Dr. Schuster hat das Bedürfniss gefühlt eine Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten zu veröffentlichen. Dieselbe zerfällt in einen allgemeinen Theil, welcher die Anatomie, die Physiologie und die allgemeine Symptomatologie enthält und in einen speziellen Theil, welcher die einzelnen spinalen Affectionen vom diagnostischen Standpunkt bebespricht. Ueber den Zweck des Buches spricht sich der Verf. in der Vorrede aus: Der grössere Theil der Aerzte habe nicht Zeit, die zahlreichen Publicationen über Rückenmarkskrankheiten zu lesen, diese Aerzte sollen durch sein Schriftchen in den Stand gesetzt werden, allerhand Rückenmarkskrankheiten zu diagnosticiren. Wir bedauern, dass wir diese Hoffnung des Verf. nicht theilen und seine fleissige Arbeit nicht aufrichtig willkommen heissen können. Glaubt denn der Vf. wirklich, dass seine mehr als cursorische Darstellung jemandem das eigene Studium ersparen werde? Unserer Ansicht nach ist für denjenigen, welcher etwas von Rückenmarkskrankheiten versteht, die „Diagnostik“ überflüssig, der aber, der nichts davon versteht, wird die „Diagnostik“ auch nicht verstehen und vielleicht noch mehr durch sie verwirrt werden. Vf. hätte besser gethan, die Collegen auf eines von der „Menge gediegener umfangreicher Lehrbücher über Rückenmarkskrankheiten“ zu verweisen. Uebrigens existirt schon ein ähnliches Schriftchen von M. Rosenthal (Wiener Klinik 1878), gegen welches die gleichen Einwürfe zu erheben sind. Derartige Excerpte sind schliesslich für den am brauchbarsten, der sie angefertigt hat.

Dass sein Buch eine reine Compilation ist, sagt Verf. selbst. Es ist zuzugestehen, dass die Literatur z. Th. mit Glücke benutzt ist und dass die Aufzählung der Symptome in Tabellenform geschickt gemacht ist. Die Holzschnitte sind zumeist Gowers oder Charcot entlehnt. Literaturangaben fehlen. Dass Ungenauigkeiten oder Flüchtigkeiten vorkommen, mögen folgende Proben beweisen. S. 51 wird unter den Symptomen der Tabes incip. angeführt „verschiedene Patellarreflexe“; S. 54 wird die „Abnahme des Kniereflexes“ als Parästhesie bezeichnet. Unter den Symptomen des ersten Tabesstadium figurirt „Hypochondrie,“ im 2. Stadium soll „Unversehrtheit der Geistesthätigkeiten“ chrarakteristisch sein. S. 116 werden dagegen ganz richtig die Geistesstörungen genannt. Viele Symptome der Tabes, als da sind Schwerhörigkeit, Larynxkrisen, troph. Störungen der Haut etc. etc. werden hier nicht erwähnt, während sie S. 116 richtig vorkommen. S. 72 wird die amyotrophische Lateralsklerose unter den diffussen (im Gegensatz zu systematischen) Affectionen der grauen Substanz aufgezählt. U. s. w. Druckfehler sind zahlreicher als es zulässig ist. Die Ausstattung ist gut.

Möbius (Leipzig).

---

480) **Fürstner** (Heidelberg): Zur Diagnostik der Arteriitis obliterans durch den Augenspiegel. (Arch. f. klin. Medicin Bd. 30.)

Der beschriebene Fall ist zunächst dadurch interessant, dass er zeigt wie primär auch bei nicht Syphilitischen eine diffuse Arteriitis

vorkommt, die alle drei Häute in Mitleidenschaft ziehen kann. Der mikroskopische Befund sprach ganz für die Koester'sche Ansicht, dass bei jeder Arteriitis und Endarteriitis dem Gefässapparat der Vasa nutritia die Hauptrolle zufällt. Ferner war der Augenspiegelbefund ein ganz charakteristischer und ganz eigenartiger: alle Arterien und Venen waren gleichmässig erweitert, stark geschlängelt eigenthümlich roth und aus der nervösen Substanz stärker nach dem Glaskörper zu hervortretend. Eickholt (Grafenberg).

---

481) **Hendric Loyd:** A case of choreic nervous disease with rotation of the body and cataleptoid symptoms. (Ein Fall von Chorea mit Rotation des Körpers und kataleptischen Erscheinungen. (Philad. med. Times 17. VI. 1882.)

Ein 8 jähriger Knabe litt an Anfällen, welche sich ca. 12 bis 20 mal am Tage wiederholten, wobei zuerst der Kopf ganz nach rechts gedreht wurde, auch die Augen nach rechts deviirten, und dann der ganze Körper etwa 10 bis 12 mal um seine Längsachse rotirte. In den Armen bestand Katalepsie. Der einzelne Anfall währte $^1/_2$ bis 1 Minute. Bromkalium und psychischer Einfluss (Drohung einer Operation) bewirkten rasche Besserung. Daran anknüpfend theilt Verf. noch Verschiedenes aus der Literatur mit. Karrer (Erlangen).

---

482) **S. Th. Stein** (Frankfurt a. M.): Die allgemeine Elektrisation des menschlichen Körpers. Elektrotechnische Beiträge zur ärztl. Behandl. der Nervenschwäche (Nervosität u. Neurasthenie), sowie verwandter allg. Neurosen. (Halle a. d. S., 1882, bei W. Knapp. 8⁰. VIII. u. 72. Preis?)

Stein will dem Arzte einen praktischen Leitfaden zur Ausübung der allgemeinen Faradisation, Galvanisation, Franklinisation geben. Der 1. Abschnitt handelt von der allgem. Faradis. und Galvanis., beschreibt Apparate und Methoden und bespricht die therapeutische Verwerthung der letztern. Die betr. Apparate (elektrisch montirte Stimmgabel nach Boudet de Paris, Unterbrecher mit Uhrwerk nach Onimus, mit Hebel nach Trouvé, elektrotherap. Massirrolle, sich selbst befeuchtende Elektrode, Elektrisirstuhl) sind aus anderweiten Publicationen bekannt. Betreffs der therapeuth. Erfahrungen des Vf. können wir auf Nro. 9 des Centralblattes verweisen. Einige Krankengeschichten sind beigefügt.

In einem 2. Abschnitte empfiehlt St. das farado-galvanische Bad. Dasselbe leistet in der Hauptsache dasselbe wie die allgemeine Faradisation, ohne deren Unbequemlichkeiten zu besitzen. Die von St. beschriebene Badeeinrichtung entspricht der früher von C. Paul u. a. angegebenen.

Der 3. Abschnitt ist der Franklinisation und dem elektrostatischen Bade gewidmet. St. gebraucht und empfiehlt die Voss'sche Influenzmaschine, sowie eine von J. W. Albert in Frankfurt a. M. modificirte Holtz'sche Maschine. Seine Methode ist die in der Salpêtrière übliche. St. hat die statische Electricität bei 23 Fällen von Neurosen angewendet: 6 Fälle von Neurasthenie (sämmtlich ungeheilt)

3 F. von Hysterie (2 geheilt, 1 ungeheilt), 3 F. von Epilepsie (1 geh., 2 ungeh.) 2 F. von Chorea (1 geh., 1 gebessert), 3 F. von Schlaflosigkeit (1 geh. 1 gebessert), 2 F. von Kopfdruck (geheilt), je ein Fall von Tremor, Ischias, Tic douloureux, Anästhesie (sämmtlich geheilt). St. meint mit Vigouroux, dass die Anwendung der stat. Electricität da zu empfehlen sei, wo die Hydrotherapie sich zu bewähren pflegt. Einige der von ihm behandelten Fälle beschreibt St. näher.

Den Schluss machen Bemerkungen über Pflege der Apparate, der verschiedenen Elemente, der Influenzmaschinen und ihrer Motoren.

35 wohlgelungene Abbildungen erläutern den Text.

Wir empfehlen das Stein'sche Büchlein allen denen, welche sich über die neueren elektrotherapeutischen Apparate und Methoden zu unterrichten wünschen, angelegentlich. Die allgemeine Elektrisation hat sicher eine Zukunft und es ist sehr zu wünschen, dass zuverlässige Beobachter sich ihrer mehr als bisher annehmen. Jedoch ist bei ihrer Anwendung nicht zu vergessen, *dass die Wirkung nichts anderes sein kann als Hemmung oder Dynamogenie* (um mit Brown-Sequard zu reden), *dass aber der Kraftvorrath des Organismus durch Elektrisation nicht vermehrt werden kann.* Bei Erschöpfung des Nervensystems wird daher immer die Hygiene die erste Rolle spielen, die Electrisation, gleich anderen Reizmitteln, nur ein Adjuvans sein können.

Möbius (Leipzig).

---

483) **Ziemssen:** Edelmann's absolutes Einheits-Galvanometer. (Arch. f. klin. Medicin, Bd. 30.)

Die absolute Maasseinheit für die Stromstärken nennt man seit dem Jahre 1881 zufolge Beschlusses der Elektriker auf dem internationalen Congresse in Paris „Ein Ampère."

Da die Messung der Stromintensität nach absolutem Maass für den Elektro-Diagnostiker und Therapeuten in vielen Fällen von Werth ist, so wird die Construction eines dem Einheitsmaasse entsprechenden Instrumentes für den ärztlichen Gebrauch willkommen sein. Die nähere Beschreibung des von Dr. Edelmann in München hergestellten Galvanometers ist im Original nachzusehen.

Eickholt (Grafenberg).

---

484) **Mortimer Granville:** Nerve-vibration as a therapeutic agent. (The Lancet 10. VI. 1882.)

Verf. empfiehlt in diesem Aufsatze seine neue Methode, auf mechanischem Wege die Nerven in Vibration zu versetzen, als sehr wirksam bei einer Menge von Nervenleiden. Das Instrument besteht aus einem „Percuteur", welcher durch ein Uhrwerk oder durch Electricität in Bewegung gesetzt wird. Verf. hat seine Behandlungsweise bei Neurasthenie, Neurosthenie, bei Taubheit, Hirn- und Rückenmarksclerose, auch bei einem Falle von Idiotie mit Erfolg angewendet. Eine Anzahl mitgetheilter Pulscurven zeigt, dass der Puls unter der Behandlung kräftig und regelmässig wurde, wenn er vorher gegentheiliges Verhalten gezeigt hatte.

Karrer (Erlangen).

---

485) **William Pepper:** Delirium tremens. (Philad. med. Times. 17. VI. 1882.)

Vorstellung eines Falles, mit allgemeiner Besprechung der Symptome und Behandlungsweise. Verf. verbindet bei Delir. trem. das Morphium gerne mit Pilocarpin. Karrer (Erlangen).

---

486) **Folsom:** The case of Guiteau. (Boston med. and surg. journ. Febr. 82.)

487) **Folsom:** The responsibility of Guiteau. (American law rewiew Febr. 82.)

In dem ersten Aufsatze ergeht sich F. des Weiteren über Guiteau und seine angebliche Geistesstörung und gibt die Vorgeschichte des Verbrechers, so gut sie sich nach den mangelhaften und tendenzioes gefärbten Berichten geben lässt. Zunächst besteht starke erbliche Belastung, er selbst erlitt in seiner Jugend eine Kopfverletzung, war Onanist und ein liederliches gemeines Subjekt. Die persönliche Untersuchung, welche F. anstellte, ergibt im Wesentlichen ein solches Gemisch von Irresein und moralischer Verkommenheit, dass er sich in Bezug auf die Strafe „das Urtheil“ noch vorbehält. Er meint, bestraft müsse er werden, aber nicht gehängt, wenn er anders auf Lebenszeit unschädlich gemacht werden könnte.

Der zweite Aufsatz erörtert die Frage: ist G. geisteskrank und wenn dieses, wie F. für seine Person annehmen muss, bejaht wird, ist er dann zurechnungsfähig? Aus der Schilderung Folsoms ist es schwer zu der Ueberzeugung zu gelangen, dass G. wirklich krank ist, da er jeden Vordersatz durch ein nachfolgendes „aber“ aufhebt. G. war ein Lump, ohne jedes ethische Gefühl und jeder schlechten Handlung fähig. War dies moralische Schlechtigkeit oder Krankheit? Da sich aus der Schilderung ein eigentliches Krankheitsbild nicht gewinnen lässt, so ist ein Zweifel an seiner Krankheit jedenfalls gestattet. F. schliesst daher, dass Guiteaus Irresein allein die That nicht erkläre, hiezu bedürfe es auch seiner moralischen Niederträchtigkeit.

Eickholt (Grafenberg).

II. Vereinsberichte.

I. Société anatomique.

Sitzung am 26. November 1881. (Le Progrès med. 1882. Nr. 27.)

488) **Pitres:** *Ueber symetrische Degeneration des Rückenmarks nach halbseitigen Hirnverletzungen:*

In der biologischen Sitzung vom 25. Juni 1881 hat P. über 4 Fälle von einseitiger *Hirnläsion* mit secundärer symetrischer Degeneration der Seitensstränge des Rückenmarks berichtet. Seither hat er nur noch 2 ähnliche Beobachtungen gemacht, über die er kurz berichtet mit Demonstration der dazu gehörigen anatomischen Präparate.

Durch das Studium dieser Fälle ist. P. zu folgendem Resumé gelangt:

1) Die einseitigen Hirnläsionen können doppelseitige Sklerose des Rückenmarks zur Folge haben.

2) Diese bilateralen Sklerosen sind bald symetrisch bald asymmetrisch (d. h. in dem einen Seitenstrang stärker entwickelt als in dem andern).

3) Die Bilateralität der secundären Alterationen hat weder mit dem Sitz noch mit der Ausdehnung der cerebralen Läsion etwas zu thun; sie ist die Folge des Vertheilungsmodus der Fasern des Pyramidenbündels im Rückenmark.

4) Die von bilateralen Rückenmarksdegenerationen gefolgten Hemiplegien sind schwerer als die andern Hemiplegien wegen Auftretens von Contracturen auf beiden Seiten, wodurch Paraplegie und beständiges Bettliegen des Patienten veranlasst wird.

Sitzung vom 2. Decbr. 1881. (Le Progrès méd. 1882. Nro. 29.)

489) **Comby** theilt folgenden Fall von *Gliom der rechten Kleinhirnhemisphäre mit:*

Eine 47jährige Schneiderin litt seit 5 Jahren an heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen. Dazu hatte sich Abnahme der Sehkraft gesellt, so dass die Arbeit mit der Nadel recht schwierig wurde. Diese Symptome zeigten sich 4 Monate lang fast täglich, dann trat eine 3 Jahre währende Remission ein. Seit 18 Monaten stellten sich die früheren Erscheinungen mit derselben Intensität ein, nur das Erbrechen trat weniger häufig auf. Dagegen nahmen die Gesichtsstörungen zu. Patientin hat beständig Wolken und Nebel vor den Augen. Der Gang ist schwerfällig und das Stehen unmöglich geworden. Eigentliche Lähmungen, Krämpfe und Schwindelanfälle sind niemals dagewesen. In den letzten 14 Tagen haben die Kopfschmerzen sich derart gesteigert, dass Pat. weder Essen, noch Schlafen, noch sich rühren kann. — Härtnäckige Verstopfung; Urin frei von fremden Bestandtheilen. Die Sensibilität ist überall intact. Keine Lähmungserscheinungen von Seiten der Extremitäten und der Augenmuskeln. Der Kopfschmerz ist besonders heftig rechts in der Höhe des Ohres. Die Kranke stirbt ganz plötzlich am 3. Tage nach ihrem Eintritt ins Krankenhaus. — Bei der Autopsie findet sich auf dem hintern Theile der rechten Kleinhirnhemisphäre ein Tumor (Gliom) von der Grösse eines Hühnereis.

490) **Brissaud** demonstrirt einen *Tuberkel der Meningen* von Mandelgrösse. Derselbe hat die dritte linke Stirnwindung comprimirt. Aphasie ist bei dem Kranken nicht beobachtet worden.

491) **Ballet** berichtet über einen linksseitigen Hemiplegiker, bei welchem weder Contractur noch Steigerung der Reflexe an der untern Extremität vorhanden war. Dieser Patient war früher an Kinderlähmung erkrankt.

492) **Charcot** kündigt der Gesellschaft an, dass er demnächst Gehirn- und Rückenmarkspräparate vorlegen wird, welche beweisen, dass die secundären Entartungen sich beim Menschen und Affen nach denselben Gesetzen vollziehen.

II. Académie de Médecine.

Sitzung am 4. Juli 1882. (Le Progrès med. Nro. 27.)

493) **Ball** berichtet über einen *Fall von sporadischem nicht hereditä-*

rem Cretinismus. Es handelt sich um einen 31jährigen Menschen, der in jeder Beziehung den Eindruck eines Kindes macht. Pat. ist in Paris geboren. Die Eltern waren geistesgesund. Die Geschwister starben frühzeitig an Krämpfen. Er selber hat in frühster Jugend an Krämpfen gelitten, ist später niemals krank gewesen. Er ist 1 Meter 103 Millimeter gross und wiegt 35 Kilogr. Trotz auffallend stark entwickelter Genitalorgane, ist Geschlechtstrieb niemals vorhanden gewesen. Sein Gesichtsausdruck ist ruhig und gutmüthig. Bis auf das Fehlen des Kropfes bietet Patient alle äussern Symptome des Cretinismus dar. In diesem Falle kann aus dem Einflusse des Wassers, der Luft u. s. w. nicht die Rede sein, denn Pat. ist in Paris geboren und hat daselbst immer gelebt. — An rachitischen Erscheinungen soll er auch nicht gelitten haben.

Sitzung vom 11. und 25. Juli 1882. (Le Progrès méd. 1882. Nr. 28. u. Nr. 30.)

494) **Decroix** legt der Akademie eine Arbeit vor, betitelt: *9 Fälle von geheilter Hundswuth.* In derselben finden sich folgende bemerkenswerthe Sätze. 1) Die Hydrophobie kann von selbst heilen. 2) Bisher hat sich noch kein einziges Mittel dieser Krankheit gegenüber von wirklichem Nutzen gezeigt. 3) Alle bisher versuchten Mittel haben den Tod der betreffenden Individuen eher beschleunigt als aufgehalten. 4) Die Thatsache, dass Medicationen im Allgemeinen erschöpfende Anfälle hervorrufen, während Hunde, die man in Ruhe liess, genesen, muss als Fingerzeig dienen, die Kranken in grösster Ruhe zu lassen und die Experimente für die Thiere zu reserviren. 5) Das Abstumpfen der Zähne des Hundes ist das wirksamste Schutzmittel gegen die Verbreitung der Hundswuth. 6) Die von der Lyssa Befallenen werden im Dunkeln, bei ruhigem Verhalten, und ohne die gewöhnlichen Medicamente nicht von so entsetzlichen Anfällen heimgesucht. Was den Verfasser anlangt, so würde er lieber an Lyssa, als von vielen anderen Krankheiten wie Carcinom u. s. w. befallen werden wollen. (Geschmackssache!)

495) Bouley präsentirt eine Arbeit von Professor **Nocard** über *Behandlung der Lyssa mit Pilocarpin.* Es folgt aus derselben, dass dies Mittel bei Lyssa ganz unwirksam ist.

III. Société de Biologie.

Sitzung vom 1. Juli 1882. (Le Progrès med. Nro. 27.)

496) **Rabuteau** kündigt das baldige Erscheinen einer Arbeit an, in der er den Nachweis bringen wird, dass die *Metallotherapie* die Gelehrten schon seit Jahrhunderten beschäftigt habe und dass Alles, was Burcq hierüber mitgetheilt, bereits von Perkins studirt worden sei. Ausgenommen hiervon sei nur das Phänomen des Transfert, welches von der Commission der Société de Biologie entdeckt worden sei. — Dieser Behauptung traten Bouley und Grimault entgegen, indem sie die hohen Verdienste Burcq's betonen, dessen mühevolle Arbeiten über diesen Gegenstand lange als die Arbeiten eines Narren betrachtet worden sind.

Sitzung vom 15. Juli 1882. (Le Progès méd. Nro. 29.)

497) **Burcq** berichtet über 2 schwere Krankheitsfälle, die durch Application von Metallen geheilt worden sind. In dem einen Falle handelt es sich um Heilung von Angina pectoris, in dem andern um Heilung einer hysterischen Coxalgie.

Sitzung vom 22. Juli 1882. (Le Progrès méd. Nro. 30. 1882.)

498) **Henocque:** *Zur Physiologie des Nervus Phrenicus.* H. fand, dass Ausreissen der cervicalen Wurzeln des Nervus Phrenicus von lebhaften Schmerzen und unregelmässigen Respirationsbewegungen begleitet wird. Letztere kommen durch die ungleichmässigen Contractionen der beiden Zwerchfellshälften zu Stande. Die Paralyse ist niemals vollständig; sie tritt nicht ein, weil der Muskel in seiner Dicke zahlreiche Nervenganglien enthält. Einige Monate nach dem Ausreissen ist die Reparation des Nerven wieder vollständig.

499) **Quinquaud** und **Gréhant**: *Ueber allgemeine Ernährungsstörungen nach Durchschneidung des Halsmarkes.* Die Verfasser haben einem Hunde das Halsmark durchschnitten und dann die von dem Thiere exhalirte Kohlensäure bestimmt. Die Menge der in den Geweben gebildeten CO_2 war erheblich verringert. Mit dieser Abnahme der Verbrennung war gleichzeitig eine Temperaturerniedrigung verbunden.

Rabow (Berlin).

III. Preisaufgaben.

Die Académie de Médecine zu Paris hat für 1883 unter vielen anderen folgende Preisfragen ausgeschrieben:

1. Paralysies et contractures hystériques. 2000 Frcs.
2. Entdeckung von completen Heilmitteln für Hundswuth, Epilepsie etc. 2000 Frcs.

Einsendung der Arbeiten in latein. oder franz. Sprache unter den bekannten Formalien vor dem 1. Juli 1883 an die Academie.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leipzig (Univ.-Irrenklinik), erster Assistenzarzt, „sofort oder später“, 1800 M., freie Station. 2) Sachsenberg, II. Assistenzarzt, bald, 1500 M., fr. Stat. erster Classe.

Besetzte Stellen. Altscherbitz, Volontairarzt Herr Dr. Hahn aus Bayreuth. Halle a. S. psych. Klinik Assistenzarzt Herr Dr. Guder aus Altscherbitz.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. September 1882. Nro. 18.

INHALT.

I. Originalien.

1.
Guiteau.

Ein psychiatrisches Gutachten von Dr. F. KARRER.

Unser Centralblatt hat in den letzten Nummern Referate über mehrere Arbeiten gebracht, welche sich mit Guiteau's Geisteszustand befassten. Das American Journal of Insanity enthält einen ausführlichen Bericht über die Aussagen der im Processe vernommenen Sachverständigen. Diesen Bericht zu Grunde legend, hat Verf. im Einvernehmen mit der Redaction es vorgezogen, anstatt eines Referates eine selbstständige Bearbeitung des Falles zu unternehmen.

Ch. Guiteau, im September 1841 geboren, verlor in seinem siebenten Jahre die Mutter. Die Kindheit verlief normal, er erhielt eine sorgfältige Erziehung; besondere Auffälligkeiten werden nicht gemeldet. In der Zeit vom 12. bis 18. Jahre besuchte er theils Schulen, theils assistirte er seinem Vater in seinem Amte als Gerichtssekretär. Schon während dieser Zeit wurde er von dem Vater, einem ernst religiösen Manne, auf eine Secte, die „Oneida Community" hingewiesen und der Eintritt und das Beharren in dieser Gemeinschaft als das Beste für sein Seelenheil ihm empfohlen. Auch während der Vorbildung zum Besuche der Universität wurde er vom Vater in gleicher Weise beeinflusst, so dass er schliesslich im Alter von 19 Jahren gegen die Abmahnung seiner Schwester in die Oneida Community eintrat mit einer Beisteuer von 1000 Dollar. Die Lehrsätze dieser Gemeinschaft enthalten eine Verquickung von Communismus und Religion, sie vertreten ferner die Idee eines gewissen persönlichen Verkehrs mit Gott, in welchem insbesondere die Leiter der Gemeinschaft stehen, die Idee einer persönlichen Inspiration von Gott, einer Ausrüstung der Mitglieder durch besondere Gnadengaben (Krankenheilung); sie enthalten auch die Behauptung, dass die nahe bevorstehende Wiederkehr Christi und die Aufrichtung des Reiches Gottes die Gemeinschaft zum Ausgangspunkte nehmen werde. Guiteau gab sich mit Schwärmerei dieser mystischen Richtung hin; der Eintritt war, wie er sich in einem Briefe ausdrückte durch Eingebung Gottes erfolgt; er träumte bald von einer grossen Mission, die er zu erfüllen habe. Im Jahre 1865, also in seinem 24. Jahre, ging er nach New-York in der Absicht dort ein grosses Blatt zu gründen, welches die Lehren der On. Comm. verbreiten und auf das gesammte Leben anwenden sollte. Der Plan missglückte; er kehrte wieder nach Oneida zurück, um aber im Herbste 1866 dasselbe heimlich zu verlassen. Es gelang ihm auch, die eingeschossene Summe wieder herauszuziehen. Er trat dann später in eine andere kirchliche Gemeinschaft und einen religiösen Verein ein und begann Jus zu studiren. Dazwischen machte er wiederholt vergebliche Versuche bei religiösen Zeitungen anzukommen. Vom Jahre 1868 an practicirte er als Anwalt in Chicago; er befasste sich hauptsächlich mit der Beitreibung schlechter Schulden. Gegen die On. Community klagte er auf Schadenersatz, verfasste auch ein anonymes Pamphlet gegen dieselbe. Von seiner Frau, welche er im Jahre 1869 geheirathet hatte und von welcher er Nachkommenschaft erhielt, erzwang er die Scheidung dadurch, dass er einen Ehebruch beging und gegen sich selbst zeugte. Es wurde ihm um jene Zeit nachgewiesen, dass er einen unsittlichen Lebenswandel führte; er kam auch wegen Schulden und wegen betrügerischer Handlungen als Advokat bis zum Jahre 1875 mehrmals mit dem

Strafgesetze in Conflict und wurde zu Gefängnissstrafen verurtheilt. Die Thatsache dass der New-Yorker Herald sein Geschäftsgebahren beleuchtete, versuchte er sofort zu seinem pecuniären Nutzen auszubeuten durch Anstrengung einer Schadenersatzklage. Dieselbe erbot er sich wieder zurückzuziehen, wenn der New-Yorker Herald zur Gründung eines Blattes in Chicago, welche er damals wieder betrieb, durch Ueberlassung der Telegramme ihm behilflich wäre. Guiteau blieb unberücksichtigt; die Sache selbst wurde aber später von andern Unternehmern ausgeführt. Schon damals befand sich G. immer in Geldverlegenheit. Daher die wiederholten Versuche auf irgend eine Weise Geld zu machen. Auch die Mitgliedschaft des religiösen Vereins musste ihm nur dazu dienen, Empfehlungen sich zu verschaffen, die er in rücksichtslosester Weise zur Eröffnung von Geldquellen auszubeuten verstand.

Während eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes bei seinem Schwager im Frühjahr 1876 kam es einmal zu einem aussergewöhnlichen Auftritte von Seiten Guiteau's. An einem heissen Tage vom Felde heimgekehrt, erhielt er von seiner Schwester noch weitere Beschäftigung (Holzspalten) zugetheilt. Bezüglich der Ausführung sprach die Schwester noch mehrmals darein. Erzürnt darüber erhob Guiteau die Axt und hielt sie über ihr Haupt. Die Schwester erschrack weniger über dies Gebahren, als über seinen wilden Blick und zwar derart, dass sie einen Arzt über den Geisteszustand ihres Bruders consultirte. Derselbe constatirte bei Abwesenheit aller Illusionen, Wahnideen und Hallucinationen das Bestehen eines excessiven Egoismus und pseudo-religiösen Gefühles. Er stellte die Diagnose auf Geisteskrankheit wegen erblicher Anlage, moralischer Imbecillität und gemüthlicher Erschütterung zur Zeit der Pubertät. Als weitere Auffälligkeiten aus der damaligen Zeit werden gemeldet die Misshandlung eines Hundes und verkehrte Ausführung von Gartenarbeiten. Im sonstigen Benehmen aber hat G. keine Abnormitäten geboten, er verkehrte viel mit den anwesenden Damen, machte Ausflüge, Kahnfahrten, Besuche in der Umgebung mit, ohne dass Jemand Etwas an ihm aufgefallen wäre. Durch seine Rückkehr nach Chicago, wo er seine Geschäfte wieder aufnahm, unterblieb eine nochmalige Untersuchung seines Geisteszustandes.

Nachdem er im Winter 76/77 an den Erweckungsmeetings der Herren Moody und Sonkey Theil genommen hatte, arbeitete er selbst einen religiösen Vortrag aus, und suchte sich mit demselben Geld zu verdienen. Er hatte aber wenig Glück damit und führte in Folge dessen ein unstätes Leben. Er reiste von einer Stadt zur andern; da seine Einnahmen nur geringe waren, so zog er es vor, die Hotelrechnungen unbezahlt zu lassen, er schmuggelte sich in den Eisenbahnzügen ohne Billet durch, borgte Geld, missbrauchte Empfehlungen, und gerieth wieder mit dem Gesetze in Conflict. Für einige Zeit nahm er dann wieder seine Anwaltspraxis auf, dann versuchte er es mit der Herausgabe eines Buches, betitelt: „Die Wahrheit, ein Begleitschreiben zur Bibel“, das er zum grössten Theile aus einem andern Werke abschrieb; er betrieb den Verkauf des Buches selbst und machte mitunter auch gute Geschäfte. Die Uebernahme einer Lebensversicherungs-Agentur brachte ihm einen ziemlichen Verdienst. So trieb sich G. einige Jahre herum, bald als Hausirer in Vorträgen und für sein Buch, bald als Agent; er rühmte sich seines guten Einkommens und des Verkehrs mit den besten Schichten der Gesellschaft.

Als der Wahlkampf wegen der Präsidentenernennung begann, versuchte G. hier unterzukommen als bezahlter Redner der Garfield Parthei. Er durfte aber seinen ausgearbeiteten Speech nur einmal halten und wurde nicht als Agi-

tator angenommen. Er indess behauptete, durch seinen Speech wesentlich zur Erwählung Garfield's mitgewirkt zu haben und suchte nach Beendigung der Wahlcampagne daraus für sich Kapital zu schlagen. Er reiste nach Washington und bewarb sich um eine Anstellung im Consulatsdienst als Dank für seine Arbeit beim Wahlkampf.

Von Mitteln entblösst lebte er in Washington von Schulden und zog von einem Boarding Haus zum andern, ohne seine Rechnung zu bezahlen. Dabei verkehrte er in gefälliger Weise mit seinen Tischgenossen, betheiligte sich lebhaft an der Unterhaltung und benahm sich so, dass Keinem je Zweifel an seiner geistigen Gesundheit auftauchten. Seine unablässigen Bemühungen bei dem Staatssecretär Blaine, bei dem Präsident Garfield, bei einflussreichen politischen Persönlichkeiten um die Verwendung in einem Consulate, insbesondere dem Pariser, blieben erfolgslos. G. hatte sich mit der bestimmten Hoffnung getragen, den Posten zu bekommen. Mitte Mai war er vom Staatssecretär definitiv abgewiesen worden, enttäuscht und missmuthig suchte er an diesem Abend früher sein Bett auf und während er seinen Gedanken nachhing, schoss es ihm plötzlich durch den Kopf, wenn der Präsident aus dem Wege geräumt wäre, würde es besser für ihn sein. Noch einmal machte er mit einem ziemlich frechen Briefe, in welchem er den Secretär Blaine zu verdächtigen suchte, einen Versuch eine Audienz beim Präsidenten zu erlangen, wurde aber auch diesmal abgewiesen. Von nun an beschäftigte ihn der Gedanke an die Wegschaffung des Präsidenten. Anfangs Juni kaufte er mit entlehntem Gelde eine Pistole, machte dann Schiessversuche und ging darnach darauf aus, eine Gelegenheit zur Vollbringung seiner ruchlosen That zu finden. Dreimal schob G. die Ausführung derselben, dazwischen tretender Umstände halber auf, bis er am 2. Juli 1881, wie bekannt, auf dem Bahnhofe den Meuchelmord ausführte. Der Versuch auf einem zu diesem Zwecke gemietheten Fuhrwerke zu entfliehen, war durch seine sofortige Verhaftung unmöglich gemacht worden. An einem Zeitungsstand hatte G. kurz vor der That ein Packet Papiere niedergelegt, das unter Anderem eine Ansprache ans Volk enthielt. In dieser Ansprache bekannte er sich ganz allein der That schuldig und erklärte den Mord für eine politische Nothwendigkeit und daher für keinen Mord. Der Präsident habe durch seine Undankbarkeit gegen die „Stalwarts", sowie durch seine Tollheit, welche die alte republikanische Parthei zerstört habe, den Tod verdient. Sein Freund Arthur würde nun Präsident und die Republick retten. Er überlasse seine Rechtfertigung Gott und dem amerikanischen Volke. Er erwarte dass Arthur und Senator Conkling die Nation auf's allerbeste regieren würden. Sie seien ehrenwerthe Männer voll Geist und Erfahrung.

Eine Schilderung des Processes ist unnöthig, es genügt für die Beurtheilung des geistigen Zustandes des Uebelthäters die einschlägigen Thatsachen aus demselben an der geeigneten Stelle vorzuführen.

Es wird zunächst zu untersuchen sein, ob vielleicht in der That selbst, in deren Vorbereitung, Ausführung, in der angegebenen Motivirung sich Anhaltspunkte finden lassen, welche die Untersuchung des Geisteszustandes des Thäters forderten.

In der *That* selbst liegt kein Grund zu einer derartigen Annahme. Es ist ja wohl der Mord eines Regenten an und für sich etwas Ungeheuerliches; man könnte aber beinahe sagen, wir leben in der Zeit der Attentate, die Moral ist in breiten Bevölkerungsschichten

überall so zerrüttet, dass wir durch die That selbst keinen Anlass haben, anzunehmen der Thäter sei geisteskrank gewesen.

Die That wurde mit Ueberlegung geplant, mit Sorgfalt wurde eine für die Ausführung möglichst günstige Gelegenheit gesucht, die Anstalten waren getroffen, um in Benützung der ersten Verwirrung womöglich zu entfliehen, aber auch die Möglichkeit des Misslingens des Fluchtversuchs war schon ins Auge gefasst und G. glaubte einmal durch die hinterlegte Ansprache an das Volk, durch die Erklärung des politischen Mordes die möglich vorhandene Erbitterung des Volkes beschwichtigen zu können, zum andern hielt er einen Brief in der Hand, in welchem er den General Shermann bat, ihn durch die Truppen vor der Menge zu schützen. Auch die *Art der Ausführung* der That gibt uns keine Anhaltspunkte zur Beurtheilung des Geisteszustandes.

Fragen wir nach den *Motiven* der That, so mag man wohl von der einfachen Betrachtung des Falles den Eindruck bekommen, dass die That ein Racheact gewesen ist. Mit dieser Annahme wird man wohl auch der Wirklichkeit am nächsten kommen.

Dass G. eine andere Begründung gegeben hat, ist natürlich. Zuerst, wie in der Ansprache an das americ. Volk, erklärte er die That als eine politische Nothwendigkeit. Er hat, wie er angab, die Zeitungen genau studirt und hat, nachdem ihm einmal der Gedanke an die Wegschaffung des Präsidenten aufgetaucht war, durch die Lectüre der Zeitungen die Ueberzeugung gewonnen, dass es am Besten für die Republik wäre, wenn Garfield nicht mehr lebte. Ob es wirklich eine Ueberzeugung war, lässt sich billig bezweifeln. Jedenfalls aber hoffte er durch diese Darstellung die Gegner des Präsidenten Garfield zu gewinnen. Dafür spricht entschieden sein Verhalten kurz nach der Verhaftung. Er betheuerte eine patriotische That begangen zu haben; dass er dadurch, dass er einen Mann getödtet habe, tausend anderen das Leben gerettet durch Verhinderung neuen Kampfes; er äusserte, dass die hervorragenden Glieder der republikanischen Partei ihn vor den Consequenzen seiner That schützen würden. Als ihm aber mitgetheilt wurde, dass eben diese Männer sein Verbrechen verabscheuten, erschien er in grösster Bestürzung. Nachdem er sich etwas gesammelt hatte, wiederholte er öfter die Worte: „Ganz entsetzlich“; rief dann aus: „Was soll dies bedeuten? Mein Leben hätte ich auf's Pfand gesetzt, dass sie mich vertheidigen würden,“ und wiederum wiederholte er die Worte: „Ganz entsetzlich“.

Dass G. in der Angabe dieses Motives mit *Berechnung* handelte, braucht wohl nicht mehr bewiesen zu werden. Dass eine solche Berechnung gegebenen Falls gar nicht unlogisch sein kann, wird Jedermann zugeben, der das Treiben und die publicistischen Ergüsse radicaler Parteien schon beobachtet. Dass die Berechnung eine Verrechnung war, ist ein Irrthum, kann aber kein Anhaltspunkt für Irrsein sein.

Im weitern Verlaufe des Processes betonte G. dieses Motiv der That nun auch viel weniger, sondern gab an, von Gott zur That inspirirt worden zu sein und unter einem unwiderstehlichen innern Drange gehandelt zu haben.

Hier an diesem Punkte setzte nun auch die Vertheidigung ein, um darzuthun, dass der Thäter geisteskrank und also nicht zurechnungsfähig sei. Zur Unterstützung der Behauptung konnte die *erbliche Belastung* Guiteaus angeführt werden. Dieselbe, bisher noch nicht erwähnt, mag am besten an dieser Stelle geschildert werden.

Von den neun Brüdern des Vaters war einer ein sittlich verkommener Mensch, ein anderer *soll* geisteskrank gestorben sein, (der behandelnde Arzt bestritt diese Angabe), eine Tochter eines Bruders ist geistesschwach in einer Anstalt und ein Sohn eines Bruders starb geisteskrank. Auch der Vater sollte als geisteskrank dargestellt werden, wegen seiner religiösen Ansichten. Aus den Zeugenaussagen aber ergibt sich, dass Guiteau der Vater nicht nur geistesgesund, sondern ein Mann von Begabung gewesen sein muss, der zu den angesehensten und tüchtigsten Bürgern der Stadt gehörte.

Wie wir sehen, bestand also bei Ch. Guiteau indirecte erbliche Belastung und somit also eine gewisse Disposition zu geistiger Erkrankung. Bei solch' erblich Belasteten finden sich häufiger krankhafte Seelenzustände, z. B. auch die mit dem Namen *„unwiderstehlicher Trieb“* belegte.

Dass man entgegen der Behauptung des Angeklagten und entgegen der Ausführung von Seite der Vertheidigung bei ihm nicht von unwiderstehlichem Triebe sprechen kann, sei in Kürze nachgewiesen. Der unwiderstehliche Trieb hört auf ein solcher zu sein, wenn die Ueberlegung Platz greifen kann, ob dem Triebe nachzugeben ist oder nicht. Am 18. Mai kam G. der Gedanke an die Wegschaffung des Präsidenten, über 14 Tage ging er mit sich zu Rathe, bis er sich das Mordinstrument kaufte, weitere 4 Wochen verflossen bis zur Ausführung. Der Thäter stand gewiss nicht während dieser Zeit unter der Herrschaft eines *unwiderstehlichen Triebes*, wenn ihn auch während dieser Zeit der *Gedanke* an die That dauernd beschäftigte.

Stand aber Guiteau unter der Herrschaft *der fixen Wahnidee*, er sei von Gott berufen, den Präsidenten wegzuschaffen? War G. ein *Verrückter?*

G. selbst beharrte in der Angabe von Gott inspirirt gewesen zu sein, mehrere Sachverständige erklärten ihn für geisteskrank, Beard (cf. Ref. pag. 317 d. Centralbl.) erklärt ihn für an „religiöser Monomanie“ leidend. Vor allen Dingen ist bei Untersuchung dieser Frage darauf hinzuweisen, dass in der schon mehrmals erwähnten Adresse an das americanische Volk nicht eine Silbe von göttlicher Eingebung oder Erfüllung eines göttlichen Willens steht; sondern nur die politische Nothwendigkeit der That betont ist. Erst in der Haft tritt G. mit dieser Behauptung hervor. Zur besseren Einsicht seien mehrere seiner Aesserungen über diesen Gegenstand wörtlich wiedergegeben. Sie sind den Unterredungen, welche der Sachverständige Dr. Gray mit ihm hatte, entnommen.

G. antwortete auf die Frage, was er zu seiner Vertheidigung anbringen könne: „Meine Vertheidigung ist Irrsin. etc. Ich mache keinen Anspruch darauf nach medicinischem Urtheil irrsinnig zu sein, was man gewöhnlich Irrsinn nennt,

sondern nach dem Gesetze irrsinnig. Es ist Geistesstörung in gesetzlichem Sinne, Unzurechnungsfähigkeit, da die That kein Bosheitsact, sondern eine politische Nothwendigkeit war. Ich dachte nicht, dass dies ein Mord sei, bei Abwesenheit böswilliger Absicht, wie ich es im New-York Herald vom 6. October ausgeführt habe — — — Ich wusste, als ich den Entschluss zur That fasste, dass wenn ich vor dem Gerichte die Thatsache beweisen konnte, dass ich den Mord für einen inspirirten Act gehalten habe, ich dann dem Gesetze nach nicht zurechnungsfähig war; dass die Verantwortung bei Gott und nicht bei mir sei; und dies ist nach dem Gesetze Irrsinn.

Aus einem andern Gespräche: „Ich wollte Ihnen zeigen, dass wenn die Gottheit es that, es dann nicht meine That war und das ist meine Vertheidigung". „„Sie kannten aber das Gesetz und die Strafe für seine Verletzung?"" „Ja, ich gebe das zu; aber ich betone, dass ein Druck von Gott auf mir lastete." „„Sie vollführten die That nicht plötzlich, sondern nach sorgfältiger Vorbereitung; und Sie äusserten, ich könne aus dem Herald Artikel ersehen, dass Sie sich selbst zur That anspornten."" „Das ist Alles wahr." etc. „„Sie äusserten, wenn Sie das Consulat erhalten hätten, würden Sie den Präsidenten nicht ermordet haben."" „So ist es; aber wie Sie sehen habe ich im Herald Artikel dargethan, dass dies keinen Unterschied gemacht haben würde." — „„Es war also zu einer Zeit bei Ihnen abgemacht, dass, wenn Sie die Stelle erhalten würden, Sie es nicht thun wollten, wenn sie dieselbe aber nicht bekämen, dann die That auszuführen?"" „Ja, dies war aber nicht mehr der Fall, nachdem ich mich fest entschlossen hatte, sondern bevor ich mich entschieden hatte."

Von der Aussage von Dr. Macdonald, einem andern Sachverständigen ist folgende Stelle bemerkenswerth. Nachdem G. demselben ähnliche Definitionen über medicinisches und gesetzliches Irresein gemacht, ferner geäussert hatte, dass er wohl in eine Irrenanstalt gesendet werden würde, fragte ihn Macdonald, ob er denn auch bedacht habe, dass er sein Leben lang in der Anstalt werde zu verbringen haben. Darauf erwiederte G., dass er schon im Gesetze darnach sich umgesehen und gefunden habe, dass er nach einiger Zeit eine Commission zur Untersuchung seines Geisteszustandes veranlassen könnte, und wenn die Commission ihn für geistesgesund befinden würde, dann würde er wieder entlassen werden.

(Schluss folgt.)

2.

Die Geisteskranken in Preussen am 1. Dezember 1880.

Bedeutend grösser als die Zahl der Blinden und Taubstummen, selbst zusammengenommen, ist die Anzahl der Geisteskranken, welche unter der ortsanwesenden Bevölkerung des preussischen Staates bei der letzten Volkszählung ermittelt worden ist. Danach fanden sich am 1. Dezember 1880 vor: 66345 Geisteskranke, und zwar 34309 männliche und 32036 weibliche; dagegen am 1. Dezember 1871: 55043 Geisteskranke, und zwar 28002 männliche und 27041 weibliche. Die durch die Volkszählung festgestellte Zahl der Geisteskranken hat also seit 1871 einen Zuwachs von 20 Prozent erfahren, während die Bevölkerung überhaupt nur um 10,6 Prozent grösser geworden ist. Nach anderer Berechnungsweise kamen

im Jahre	männl.	weibl.	überhaupt
a) Geisteskranke auf 10000 Personen:			
1871	23	22	22
1880	25	23	24
oder b) 1 Geisteskranker auf			
1871	443	462	448
1880	391	432	411.

Ob die Geisteskrankheit zunimmt oder nicht, das ist eine Frage, welche vielfach erörtert wird. Gewöhnlich beziehen sich solche Untersuchungen indess nur auf die Geisteskranken in den Irrenanstalten, deren Zahl allerdings von Jahr zu Jahr steigt, eine Entscheidung bezw. einen giltigen Rückschluss in diesser Frage aber nicht gestattet; denn die Factoren, welche die Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten veranlassen, sind wesentlich andere als diejenigen, welche die Zunahme der Geisteskrankheit überhaupt bedingen. Das nun feststehende Ergebniss der Volkszählung von 1880 im Vergleich zu demjenigen von 1871 kann dagegen zur Beantwortung der vorliegenden Frage um so mehr benutzt werden, als die gleiche Methode der Erhebung bei beiden Volkszählungen in Anwendung gebracht ist, welcher Umstand auf den Werth der Erhebungsresultate einen bedeutenden Einfluss ausübt. Dazu kommt, dass die angewandte Methode an und für sich in Fachkreisen allgemeiner Anerkennung sich erfreut.

Hiernach muss auf Grund der Volkszählungs-Ergebnisse die Zunahme der Geisteskrankheit in der Bevölkerung als erwiesen angenommen werden. Die Erklärung dafür ist nicht allein in dem Kampfe um das Dasein, der immer schwerer und ernster wird, zu suchen. Es ist daneben auch auf die Vererbung der Geisteskrankheit, die vielfach konstatirt ist, noch ganz besonders hinzuweisen. In der That ist durch die Volkszählungen eine Bestätigung der bedeutenden Rolle, welche die Heredität bei den Geisteskranken spielt, in folgender Weise gewonnen worden.

Von den am 1. Dezember 1880 gezählten Geisteskranken fanden sich
17 636 und zwar 9 809 m. 7 827 w. als geisteskrank geboren,
32365 „ „ 16088 „ 16277 „ als erst später geisteskrank geworden, während für
16344 „ „ 8412 „ 7932 „ leider diese Unterscheidung fehlt.

Zieht man das Alter der Geisteskranken in Betracht, so zeigt sich, dass die Geisteskrankheit in der Bevölkerung mit den Jahren zunimmt. Bei einem Vergleiche der Altersklassen der 1880 und 1871 ermittelten Geisteskranken stellt sich dazu die auffallende Thatsache heraus, dass die Vermehrung der Geisteskranken sich in den Altersklassen vorwiegend erkennen lässt, wie aus folgender Zusammenstellung hervorgeht.

Die Geisteskranken waren am 1. Dezember 1880 alt:

	männl.	weibl.	zus.	unter je 10,000	dagegen 1871
unter 15 Jahren . .	4,038	3,110	7,148	7,3	7,7
15—50 Jahre . .	22,485	19,601	42,086	31,2	29,9
über 50 Jahre . .	7,313	8,686	15,999	38,6	31,0
unbekannt	473	639	1,112.		

Im inneren Zusammenhange mit den Altersverhältnissen steht der Familienstand der Geisteskranken. Die nachstehende Berechnung wird daher gleichfalls auf Interesse rechnen dürfen, zumal aus derselben zu ersehen ist, dass die Scheidung der Ehe ganz wesentlich von der Geisteskrankheit beeinflusst wird. Es waren nämlich am 1. Dezember 1880 unter je 10,000 Personen männlichen bezw. weiblichen Geschlechts einer Familienstands-Gruppe:

33,2 ledige männliche und 29,3 weibliche Geisteskranke,
9,5 verheiratete „ „ 9,5 „ „
32,1 verwittwete „ „ 25,6 „ „
107,3 geschiedene „ „ 103,0 „ „

Der Religion nach vertheilen sich die Geisteskranken dahin, dass unter je 10,000 Evangelischen 24,1, unter der gleichen Anzahl von Katholiken 23,7, von Israeliten 38,9 und unter 10,000 Bekennern anderer Religionen 18 Geisteskranke vorkommen.

Was die *Fürsorge* für die Geisteskranken betrifft, so zeigen die Provinzen ein verschiedenes Verhalten in Bezug auf die Unterbringung der Geisteskranken in den Irren-Anstalten. Aus der Schlussübersicht geht hervor, in welchem Verhältnisse die Zahl der Geisteskranken zur Einwohnerzahl steht, und wie viel Prozent von ihnen der Anstaltspflege übergeben sind. Es betrug die Zahl der Geisteskranken

in den Provinzen	überhaupt	unter 10,000 Einw.	Prozent in den Irrenanstalten
Ostpreussen	4044	20,9	14,2
Westpreussen	2961	21,1	14,7
Stadtkreis Berlin	948	8,4	16,5
Brandenburg	6732	29,7	44,2
Pommern	3418	22,2	22,4
Posen	2738	16,1	13,4
Schlesien	8357	20,9	26,7
Sachsen	4809	20,8	27,7
Schleswig-Holstein	3800	33,7	31,1
Hannover	6317	29,8	33,5
Westfalen	5348	26,2	24,0
Hessen-Nassau	4715	30,3	31,7
Rheinland	12020	29,5	32,6
Hohenzollern	138	20,4	36,2

Von allen Geisteskranken im preussischen Staate waren 28,5 pCt. (28,6 männliche und 28,3 weibliche) am 1. Dezember 1880 in Irrenanstalten. Dieses Verhältniss scheint mit der Wohlhabenheit der Bewohner gleichen Schritt zu halten. Die Angaben für Berlin sind jedoch insofern noch richtig zu stellen, als durch die Verlegung der städtischen Irrenanstalt nach Dalldorf die Insassen derselben nicht mehr zur Bevölkerung Berlins, sondern zu derjenigen der Provinz Brandenburg gerechnet erscheinen. Geisteskranke Berlins sind ausserdem nicht allein in der genannten Anstalt, sondern noch zu mehreren Hunderten in Privat-Irrenanstalten untergebracht, die auch ausserhalb der Stadt gelegen sind. Man muss daher die Provinz Brandenburg

einschliesslich Berlin im Zusammenhange betrachten. Geschieht dies, so ergiebt sich. dass 40 pCt. der Geisteskranken den Irrenanstalten überwiesen sind. (Stat. Corr.)

II. Referate.

500) **Anton Bumm** (München): Ueber ein bisher noch selten beobachtetes Markbündel an der Basis des menschlichen Gehirns. (Arch. f. Psych. XIII. 1. p. 181.)

Bisher nur 2 mal beobachtete Varietät: das fragliche Markbündel an der Basis der Schläfenlappenspitze entspringend, verläuft parallel dem vorderen Rande des Tractus opticus central vom Pedunculus septi lucidi über die Substantia perforata anterior, schlägt sich um deren Rand auf die mediale Hemisphärenfläche, tangirt die Commissura ant. nach vorne und zerfährt am Septum lucidum in Gestalt einer fächerförmigen Ausstrahlung.

Vf. ist geneigt das Markbündel als ein Associationsbündel zwischen Septum lucidum und Spitze des Schläfenlappens anzusprechen. — Eine mikroscopische Untersuchung wird für später vorbehalten.

Langreuter (Dalldorf).

---

501) **W. R. Birdsall** (New-York): A contribution to the pathological anatomy of lead paralysis. (The Amer. journ. of Neurol. und Psych. 2/1882.)

Ein 35j. Maler hatte im Verlaufe von 10 Jahren 4 mal Bleiintoxication erlitten, theils Kolik mit und ohne Extensorenlähmung, theils letztere allein. Er war ausserdem Epileptiker von Kindheit an und langjähriger Potator. Der Tod erfolgte plötzlich unter comatösen Erscheinungen.

Section 12 Stunden p. m.: Die afficirten Muskeln (Hand und Fingerextensoren) nur wenig atrophirt (electrische Prüfung hatte während des Lebens nicht vorgenommen werden können). Im Schädelraum Ueberfüllung der Venen. — Härtung in Kal. bichrom. In der Hirnrinde leichte Zunahme der capillaren Vaskularisation, die Wände der kleineren Blutgefässe dicker als normal, die perivasculären Lymphräume erweitert, mit einer mässigen Menge von Lymphkörperchen. Nervenzellen normal. Corpora amylacea.

Am Boden des 4. Ventr. derselbe Befund mit spärlichen capillaren Hämorrhagieen. Diese Veränderungen treten im Rückenmark zwischen Pyramidenkreuzung und Mitte der Halsanschwellung besonders hervor. *Die äusseren Zellen-Gruppen der Vorderhörner sind in der Cervical-Region zum Theil klein und undeutlich.* Zwischen den vorderen Wurzelbündeln zahlreiche Lymphkörperchen. Die Goll'schen Stränge in Zustand beginnender Sklerose.

Verf. glaubt, die Veränderungen in den Vorderhörnern (kleine Zellen zwischen den normalen grossen) als pathologisch auffassen zu müssen, weil sich dort eben in der Nähe dilatirte Gefässe und kleine Hämorrhagien fanden. Die Beziehung des genannten Befundes zur Blei-Intoxication und nicht etwa zur Epilepsie oder zum Alcoholismus

leitet derselbe von dem Umstande her, dass die Nerven für die afficirten Muskeln dem Halsmark entstammen.

Ausserdem fand sich chron. Nephritis. Der letzte comatöse Zustand wird als urämischer gedeutet. Kron (Berlin).

---

502) **Paul Meyer** (Strassburg): Ueber einen Fall von Ponshämorrhagie mit secundären Degenerationen der Schleife. (Arch. f. Psych. XIII. 1. p. 63.)

Der Krankheitsfall ist dadurch ausgezeichnet, dass die Brückenaffection uncomplicirt war, der Herd genau halbseitig und ganz circumscript. Der Kranke war stets unter klinischer Beobachtung, deren Resultate in der Arbeit detaillirt niedergelegt sind. Es folgt hier das vom Vf. selbst gegebene Resumé; in Bezug auf die Einzelheiten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. „In der Form eines apoplectischen Anfalls auftretend, war die Ponsläsion klinisch characterisirt durch eine vorübergehende Extremitätenparese auf der entgegengesetzten Seite mit zurückbleibender, in die Categorie der Ataxie gehörenden Bewegungsstörungen des Arms; durch eine dauernde totale gleichseitige Facialis- und Abducenslähmung, mit conjugirter Lähmung des rectus internus der anderen Seite, ferner durch eine Anästhesie der entgegengesetzten Körperhälfte mit Hyperästhesie der gleichnamigen Gesichtshälfte. — Bei der Section fand sich ein hämorrhagischer Herd in der rechten Hälfte der Brücke und zwar in den beiden unteren Dritteln derselben, und nur auf die Haube beschränkt, die ganze centrale Hälfte, besonders die Pyramidenbahnen ganz intact lassend. Zu diesem Herde hatten sich secundäre Degenerationen gesellt, die sich nach oben nur auf eine kurze Strecke, nach unten dagegen bis unterhalb der motorischen Pyramidenkreuzung in der Schleife und der entsprechenden Olive verfolgen liessen."

Langreuter (Dalldorf).

---

503) **Raymond** und **A. Brodeur** (Paris): Contribution a l'étude des Lésions cérébrales localisées au lobule de l'insuia. (Revue de Médecine Nro. 7. 10. Juli 1882.)

Alle 3 mitgetheilten Fälle sind grosse Seltenheiten, insoferne es sich bei ihnen um exclusiv und streng auf die Insel beschränkte und sonst nicht complicirte Läsionen handelt; 2 mal um Hämorrhagie, 1 mal Erweichung.

Fall 1: Eine 85 jährige Frau wird plötzlich doch ohne Bewusstseinsverlust von einer linksseitigen Hemiplegie befallen. Keine Aphasie, keine Contractur, keine Sensibilitätsstörung. Nach 4 Tagen Tod. Autopsie: Hämorrhagischer Herd streng localisirt auf die weisse Substanz zwischen Vormauer und Rindengrau der rechten Insel. Nieren im Zustande vorgeschrittener interstitieller Nephritis.

Fall 2: 80jähriger Mann. Während einer kalten Douche plötzlich motorische Lähmung der linken Körperhälfte (auch Ptosis) ohne Bewusstseinsverlust. Cutane Sensibilität auf der gelähmten Körperhälfte vermindert. Sinnesorgane intact, keine Aphasie; Tod nach 3 Tagen. Befund: Blutherd localisirt auf die weisse und graue Substanz der Insel mit theilweiser Zerstörung der Vormauer. Capsula intact. Stammganglien intact. Sonst in der Aorta Atheromatöser Process.

Fall 3 betrifft einen 71 jährigen Mann — Potator, — Anfangs 1878 erster linksseitiger hemiplegischer Anfall — 6 Monate später ein 2. gleicher — nachherige bedeutende Besserung. Februar plötzlich Singultus und ein neuerlicher hemiplegischer Anfall mit totaler Lähmung des Armes, incompleter des Beines. Cutane Sensibilität obtus. Höhere Sinnesorgane intact. Autopsie: Streng circumscripte Erweichung der Inselwindungen.

Gemeinsam hatten demnach diese 3 Fälle von rechter Inselerkrankung: Motorische schlaffe Lähmung des Armes und Beines, und zwar bedeutendes Ueberwiegen der Armlähmung über die Beinlähmung — Rumpf und Gesicht bleiben intact (nur Fall 2 zeigte Ptosis). Endlich Mangel einer Sensibilitätsstörung — wie die Verf. in der Epikrise sagen. (Dieser Satz steht in direktem Widerspruche mit den Angaben im Krankenjournal II. und III. wo ausdrücklich die cutane Sensibilität „obtuse" bezeichnet wird. Ref.)

In völliger Uebereinstimmung mit der Localisation des Sprachcentrums in der *linken* Hemisphäre fehlte bei diesen — wo die Läsion die *rechte* Insel betraf — jede aphasische Störung. Irgend welche andere weitergehende Schlüsse aus diesen Fällen zu ziehen, davor möchte Ref. warnen; die Läsionen waren entschieden zu frisch.

Müller (Graz).

---

504) **Franz Tuczek** (Marburg): Ueber die Veränderungen im Centralnervensystem, speziell in den Hintersträngen des Rückenmarks, bei Ergotismus. (Arch. f. Psych. XIII. 1. p. 99.)

Bezugnehmend auf eine Arbeit von Siemens im XI. Bande des Westphal'schen Archivs, theilt Verf. 17 weitere Fälle von Ergotismus mit, die auf der Marburger Klinik beobachtet wurden. Sie stammten aus der Epidemie im Kreise Frankenberg (Reg.-Bez. Cassel) im J. 1879 zu welcher Zeit die betr. Personen an acutem Ergotismus spasmodicus erkrankt waren. Wegen der *psychischen* und der *Rückenmarkserkrankung* kamen sämmtliche Patienten erst von Mitte 80 an zur Aufnahme, also mindestens 6 Monate nach dem acuten Beginn der Krankheit. Es ist daher nach Ansicht des Verf. eine primäre Wirkung des Giftes ausgeschlossen, vielmehr handelt es sich — ähnlich wie bei der Pellagra — bei den cerebrospinalen Erscheinungen des Ergotismus um einen *secundären Vorgang, als Theilerscheinung einer allgemeinen Ernährungsstörung*, welch' letztere in allen Fällen zu beobachten war. — Das Krankheitsbild war ein sehr variables. Allen Fällen gemeinsam waren *epileptische Krämpfe* sowie der *Ausfall des Kniephänomens*. Der psychische Symptomencomplex bestand theils in maniakalischen, theils in Depressions-Zuständen: Angstanfälle, Versündigungsideen. Besonders vorherrschend waren Stupor und acute Demenz. Weitere Erscheinungen bildeten: Schwindel, Ataxie, Muskelspasmen, Contracturen, Romberg'sches Symptom, Sprachstörungen, Parästhesien, Analgesie etc. Der Verlauf der Krankheit gestaltete sich sehr ungünstig: Von den i. G. 28 Fällen (die 11 früher veröffentlichten sind mitgerechnet) starben 4, 8 recidivirten, 4 befinden sich noch in der Anstalt. Von den übrigen 12 haben Einige Intelligenzdefecte zurückbehalten, und Alle, bis auf Einen, sind durch

das Fehlen des Kniephänomens einer noch bestehenden Affection des Rückenmarks verdächtig. — T. nimmt an — besonders wegen der vielfach beobachteten raschen Abnahme der Intelligenz — dass es sich bei dem Ergotismus um eine tiefe Functionsstörung der Rinde handle. Die Epilepsie wäre dann als Rindenepilepsie aufzufassen. Bei der Section in den 4 tödtlich verlaufenen Fällen fanden sich die Gehirne auffallend blutreich und schwer, 2mal bestand Pachymeningitis externa, 1mal Verfettung der mittleren Gefässe der Rinde und grauer Substanz des Ammonshorns. Viel befriedigender fiel die Rückenmarkssection in den 4 beregten Fällen aus; es wurde nämlich *jedesmal* eine mehr oder weniger ausgedehnte Affection beobachtet, die sich von der *typischen Hinterstrangsclerose* nur durch die acute Entwickelung und in Folge dessen mangelnde Schrumpfung unterscheidet. Vf. spricht deshalb mit Recht von einer *Ergotintabes.* Dieselbe kann zwanglos bei sämmtlichen beobachteten Fällen als bestehend angenommen werden, da bei allen das Kniephänomen fehlte.

Der naheliegende Gedanke der Fütterungsversuche an Thieren wurde ebenfalls von T. durchgeführt, doch waren die Resultate bisher negativ. Einige von den Versuchsthieren (Mäuse, Hühner, Hunde, Katzen) starben sehr rasch (keine Veränderung des Rückenmarks); andere (Kaninchen) waren auffallend resistent. Selbst 25 gr. Mutterkorn p. die wurden ohne Störung ertragen. — Verf. stellt weitere Versuche in Aussicht. — Langreuter (Dalldorf).

---

505) **Vulpian** (Paris): Observation de Tabes avec phénomènes épileptiformes pendant les premières périodes de l'affection. (Revue de Médecine Nro. 2, 1882.)

Das Initialstadium einer von dem classischen Typus wesentlich abweichenden Tabes — insoferne transitorische Schwäche und Parese in einzelnen Muskelgruppen bestand — bei einem 27jährigen Manne wurde mit ausgesprochen epileptiformen Anfällen, die sich später mehrmals wiederholten, eingeleitet. Einer der letzteren Anfälle war von einer rasch vorübergehenden schlaffen fast completen Hemiplegie gefolgt. Subjectiv und objectiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen, laryngeale Krisen, Arthropathien, (Hydarthrose des rechten Kniegelenkes) folgten. Gegen die Schmerzen versuchte Verf. mit Erfolg Uranium bromatum und zwar à 0,001 täglich 1—4 Pillen.

(Ref. kann seine Zweifel über die Diagnose Tabes, die Vulpian allerdings erst nach langer Beobachtungszeit zu stellen nicht zögerte, wie er sich selbst ausdrückt, im vorliegenden Falle, der ausserordentlich sorgfältig beobachtet und ausführlich mitgetheilt ist, nicht unterdrücken. Die gleich zu Beginn der Krankheit aufgetretenen, rasch zunehmenden — dann wieder in der Intensität schwankenden und stets im Vordergrund stehenden *motorischen* Störungen als: Schwäche und Parese der unteren und oberen Extremitäten sowie die partiellen Paralysen, das plötzlich während des Gehens oft jeden 8. bis 10. Schritt sich einstellende Einsinken der Beine, das langsame und mühsame Erheben der Füsse vom Boden, paroxystisches spontan auftretendes Zittern aller 4 Extremitäten, das sich auch zuweilen bei Ausführung von Bewegungeu einstellt — deutliche Muskel-Rigiditäten, die ab und zu kamen und wieder schwanden, sogar Con-

tractur der Zehen des r. Fusses, die riesigen Kopfschmerzen, die beträchtliche Steigerung des Achilles-Sehnenreflexes: Dorsalclonus, sowie die rasche Ausbreitung auf der ganzen Linie der Cerebro-Spinalaxe des jugendlichen Individuums, und die grossen Fluctuationen der Symptome lassen den Ref. nur an disseminirter Hirn-Rückenmarkssclerose denken. Lancinirende Schmerzen sowie atactische Bewegungsstörungen sind keine seltenen Einzelsymptome dieses diffusen Processes.) Müller (Graz).

---

506) **Lecoq** (Paris): Etude sur les Accidents apoplectiformes qui peuvent compliquer le debut, le cours, la fin de l'Ataxie locomotrice (Ueber apoplectiforme Anfälle bei Tabes dorsalis.) (Revue de Médecine Nro. 6, 1882.)

Verf. gelangt auf Grund von 35 mitgetheilten grösstentheils der Literatur entlehnten Beobachtungen zu nachstehenden Schlüssen:

1) Apoplectiforme Anfälle kommen nicht blos bei Dementia paralytica und disseminirter Hirnrückenmarkssclerose vor, sondern auch — entgegen den bisherigen Ansichten — dei Tabes dorsalis (Ref. kann dies durch mehrere eigene Erfahrungen bestätigen.)

2) die Anfälle können ganz für sich allein auftreten, oder gelegentlich schwerer laryngialer Krisen, oder in Gesellschaft mit epileptiformen Symptomen.

3) Sie können im Initialstadium sowie in jedem weiteren Stadium der Tabes auftreten.

4) Sie gehören als integrirende Symptome dem tabischen Processe an.

5) Sie bestehen in Vertigo, leichten oder schweren Betäubungen die einen wahren apoplectischen Insult (mit Verlust des Bewustseins) einleiten können, in werschiedenen paralytischen Störungen mit exquisit transitorisch - ephemerem Character, zuweilen sogar in Coma, das letal endet.

6) Nur dann, wenn die apoplectiformen Anfälle lange dauern und von deutlicher mehr stabiler Hemiplegie oder transitorischer resp. permanenter Aphasie begleitet oder gefolgt sind, sind dieselben einer Complication oder anderen ätiologischen Momenten angehörend zu betrachten.

Wenn Verf. pag 530 behauptet, dass Aphasie bei Tabes nicht vorkommt, so kann Ref. dem nicht beipflichten. Ref. hat apoplectiforme Anfälle mit Aphasie und Dysphasie in den ausgesprochensten Fällen von reiner Tabes ohne syphilitische oder alcoholischer Basis beobachtet. Müller (Graz).

---

507) **Alfred Fournier** (Paris): De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. (Tabes spécifique). (Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Louis. Paris 1882 8⁰. 396.)

In der überaus wichtigen Frage des Verhältnisses der Tabes zur Syphilis ist soeben ein Werk erschienen, welches in hohem Grade die Beachtung der Neuropathologen verdient. Wir erlauben uns einige wichtigere Punkte aus demselben hier anzuführen.

Um die Frage, von der die Rede ist, endgiltig zu lösen, muss man zuerst folgende Vorfragen beantworten.

1. *Ist die Lues wirklich eine Vorgängerin der Tabes?*

Diese Frage bejaht der Verf. auf Grund seiner Statistik, welche 91% vorhergehender Lues bei Tabetikern ergibt, indem er zugleich andere Autoren, von den deutschen Erb, citirt, die ähnliche Zahlen in dieser Richtung gefunden haben.

2. *Hat die auf Lues folgende Tabes eigenartige Symptome und worin besteht das Recht, sie als eine syphilitische Erscheinung anzusehen?*

Die vermeintliche luetische Tabes kommt beinahe ausschliesslich in der tertiären Periode der Syphilis vor. Die Tabes braucht gewöhnlich keine besonderen Hilfsursachen, um bei Luetikern zu erscheinen. Bei Weibern kommt die Tabes viel seltener vor, als das dem Auftreten von Lues bei ihnen entspräche. Die Tabes entwickelt sich vorzüglich in den anfangs gutartigen und leichten Fällen von Syphilis, dann in den Fällen, welche in jeder Beziehung ungenügend oder gar nicht behandelt wurden.

Da tabetische Symptome lediglich Folge von Erkrankung gewisser Rückenmarkspartien sind, so kann selbstverständlich ein principieller Unterschied zwischen luetischer und nicht luetischer Tabes nicht bestehen. Es waltet jedoch ein gewisser Unterschied ob, indem bei der luetischen Tabes gewisse Zusatz-Symptome als Folge von Wirkung der Syphilis auf andere Theile des Nervensystems (nicht ausschliesslich auf die Hinterstränge) auftreten. Auf diesen Umstand gestützt können wir beide Tabesarten bis zu einem gewissen Grade von einander unterscheiden.

Den langen Verlauf der luetischen Tabes theilt man am besten in drei Stadien ein: das praeatactische, das atactische und das terminale Stadium.

Das erste Stadium ist das wichtigste, weil wir nur während seiner Dauer den Kranken wirkliche Hilfe leisten können. Sein Hauptmerkmal ist die Vielgestaltigkeit, die der Grund ist, dass es beinahe keine zwei gleichen Fälle gibt.

Das atactische Stadium entwickelt sich ganz merklich aus dem ersten. Es ist in praktischer Hinsicht selbstverständlich höchst wichtig, die Ataxie gleich im Beginne zu entdecken. Der Verf. schlägt zu dem Zwecke folgendes vor:

1. Das Marschiren auf's Commando, das aus drei Versuchen besteht: a) der Sitzende soll gleich beim gegebenen Zeichen aufstehen und unverzüglich sich in Bewegung setzen b) der im Gang befindliche soll augenblicklich auf's Commando stehen bleiben oder c) plötzlich umkehren. Sämmtliche drei Proben können nur die mit keiner Ataxie Behafteten tadellos bestehen. 2. Das Stiegenzeichen *(signe de l'escalier)*. Man betrachtet von unten den die Treppe Heruntersteigenden. 3. Das Zeichen nach Verschluss der Augen. 4) Das Stehen auf einem Fusse 5) Dasselbe mit Verschluss der Augen. 6) Das Fehlen der (hauptsächlich Patellar-) Sehnenreflexe.

Im atactischen Stadium werden die früher so differenten Fälle einander ähnlicher, zeigen jedoch noch immer viele speciellen Eigenthümlichkeiten, die die Ursache abgeben, dass auch jetzt viele Fälle

sehr oft beträchtlich von einander verschieden sind. Diese Eigenthümlichkeiten sind häufig im Stande den betreffenden Fällen ein ganz besonderes Merkmal aufzudrücken und gleichsam verschiedene Tabesformen zu statuiren. Als solche betrachtet der Verf.:

a) Die *amaurotische* Form, wo hauptsächlich die Erscheinungen seitens des Sehnerven praevaliren. Luetische Tabes kann zuweilen jahrelang sich als reine Sehnervenatrophie kundgeben. Man soll desshalb einen jeden über Gesichtsschwäche oder Dyschromatopsie klagenden Patienten auf Tabes untersuchen.

Die visuellen Erscheinungen in der Tabes zeichnen sich nach Untersuchungen, hauptsächlich von Galezowski, dadurch aus, dass sie 1) Anfangs nur auf einem Auge auftreten und 2) langsam aber stetig bis zur gänzlichen Amaurose fortschreiten. Eine partielle Dyschromatopsie (gegen Roth und Grün) sowie eine concentrische Gesichtsfeldsverengerung und Ausfall von Kreissegmenten sind häufig. Die objective Untersuchung ergibt: Pupillenverengerung sehr oft hochgradig und auf beiden Augen ungleich, Entfärbung der Sehnervenpapille, die blässer als gewöhnlich und scharf contourirt ist, bläulichen Anflug hat und keine Veränderung der Gefässlumina zeigt. Ein solches Bild ist nach Galezowski so charakteristisch, dass man aus ihm allein die luetische Tabes diagnosticiren kann.

b) die *articuläre* c) *hemiatactische* d) *gastrische* und e) *laryngeale* Form. Mischformen entstehen dadurch, dass die Tabes sich mit anderen Rückenmarks- oder Gehirnkrankheiten combinirt, was davon herrührt, dass die Lues sehr oft nicht nur die Hinterstränge, sondern auch andere Abschnitte des Nervensystems (hauptsächlich seiner Centra) angreift. Die cerebralen Symptome können zuweilen sogar praevaliren und auf diese Weise die tabetischen Symptome bis zur Unkenntlichkeit verwischen.

3. Was für eine Wirkung ist in der luetischen Tabes von der antisyphilitischen Cur zu erwarten?

Um die Frage gehörig beantworten zu können, muss man über die Behandlung der luetischen Tabes selbst schlüssig werden. Als Hauptmittel sind nur Hg. und J. anzusehen; in Bezug auf ihre Anwendungsweise beruft sich der Verf. auf seine Monographie: *La syphilis du cerveau.* Bromkali, Morphium, Derivantia, Hydrotherapie, Electricität sind nur Nebenmittel, welche in manchen, in Vorhinein jedoch schwer zu bestimmenden Fällen gewisse Dienste leisten. Ueber die Nervendehnung lässt sich noch kein endgiltiges Urtheil abgeben.

Die Wirkung einer antisyphilitischen Cur in der luetischen Tabes hängt vom Stadium der Krankheit ab. Je früher die Behandlung eingeleitet wird, je weniger ausgesprochen die Symptome der Tabes sind, desto eher ist eine Wirkung zu erwarten.

4. Existiren denn genügende Gründe, um die Tabes als Folge von Syphilis zu betrachten?

Der Lehre von der luetischen Tabes wird überhaupt folgendes vorgeworfen:

a) Die vermeintliche luetische Tabes hat keine besonderen Symptome und

b) keine besonderen anatomischen Merkmale.

c) Tabes ist eine Systemerkrankung des Rückenmarkes, während Syphilis keine Systemerkrankung hervorruft.

d) Eine antisyphilitische Cur ist in der Tabes unwirksam.

e) Das Vorkommen von Lues bei Tabetikern ist rein zufällig.

Ad. a) Dieser Vorwurf wird dahin beantwortet, dass die luetischen Erscheinungen lediglich vom Sitze und nicht von der Qualität der anatomischen Veränderung abhängen. Es kann also, wie schon früher hervorgehoben wurde, ein grundsätzlicher Unterschied in den Symptomen der luetischen und nicht luetischen Tabes nicht bestehen.

Ad. b) Anatomische Merkmale der Syphilis kennt man bis jetzt nicht; es darf also von anatomischen Kennzeichen einer luetischen Hinterstrangssclerose keine Rede sein.

Ad. c) Die Annahme, dass die Lues keine Systemerkrankung nach sich ziehen kann, ist lediglich theoretisch, philosophisch und widerspricht sogar der klinischen Erfahrung. Uebrigens muss die Ansicht, dass die Tabes mit der Hinterstrangssclerose *strictissimo sensu* identisch sei, aus pathologisch-anatomischen Gründen fallen gelassen werden.

Ad. d) Dieser Vorwurf ist nur scheinbar richtig. Die antisyphilitische Cur ist nur darum unwirksam, weil die Kranken gewöhnlich zu spät, nämlich dann, wenn die Lues irreparable Störungen im Rückenmarke herbeigeführt hat, die ärztliche Hilfe aufsuchen.

Ad. e) Der Vorwurf des zufälligen Vorkommens der Tabes bei syphilitischen Individuen ist nicht stichhaltig, wenn man erwägt, dass bei wenigstens 80% Tabetiker Syphilis voranging und ein solches nummerisches Verhältniss bei keiner anderen Krankheit, mag sie auch noch so häufig sein, wie z. B. Pneumonie, obwaltet.

Positiv beweisen den innigen Zusammenhang der Lues mit Tabes:

a) Das Vorangehen syphilitischer Erscheinungen bei Tabetikern,

b) Entwicklung der Tabes beinahe ausschliesslich in der Periode der tertiären Syphilis,

c) Auftreten von Symptomen, welche zugleich in der Nervensyphilis am häufigsten sind,

d) In manchen Fällen unbestreitbare Wirksamkeit einer antisyphilitischen Cur,

e) Häufige Unmöglichkeit ausser Lues eine Ursache der Tabes aufzufinden. Dománski (Krakau).

---

508) **Thomas Buzzard:** Clinical lecture on the association of Tabes dorsalis with Syphilis. (The Lancet 10. VI. 1882.)

Verf. ist nicht der Ansicht, dass Syphilis in der Aetiologie von Tabes eine Rolle spiele. Er hat von specifischer Behandlung keine günstigen Resultate erhalten. Auch scheint es ihm möglich, dass in manchen von der Statistik zu Gunsten der Syphilis verwehrtheten Fällen die Tabes schon vor der Infection bestanden habe. Auch das Verhältniss der an Syphilis und Tabes erkrankten Frauen spricht für seine Annahme. Während nämlich unter 100 in Folge der Syphilis

an Nervenleiden (Tabes ausgenommen) Erkrankten 16 und mehr Procente Frauen seien, beträgt der Procentsatz der weiblichen Tabetiker nur 10%.

Die Möglichkeit aber besteht nach Verf., dass durch eine circumscripte specifische Meningitis spinalis und auch leichte transversale Myelitis der Anstoss zu Entzündung des Bindegewebes und schliesslicher Sclerose der Hinterstränge gegeben werden könne. Er theilt auch einen Fall, welchen er in diesem Sinne auffasst, mit.

Karrer (Erlangen).

---

509) **Fischer** (Cannstadt): Ueber eine eigenthümliche Spinalerkrankung bei Trinkern. (Arch. f. Psych. XIII. 1. p. 1.)

Von Sept. 79 — Sept. 80 und von Juli 78 — Juli 81 beobachtete Verf. — damals Arzt der Heilanstalt Maxbrunn bei München — folgende Fälle von Spinalerkrankung, die in ihren Symptomen und Verlauf so ähnlich waren, dass F. das zu Grunde Liegen eines gemeinsamen Krankheitsprozesses für wahrscheinlich hält: Zwei intellectuell auf niedriger Stufe stehende Individuen, 36 und 44 J. alt, von denen der eine hereditär frei, der andere insofern belastet war, als 3 Geschwister geistige Abnormitäten zeigten, — beide nicht syphilitisch, waren Jahre lang gewohnheitsmässigem Alkoholmissbrauch (Bier und Wein, kein Schnaps) und übertriebenem Tabaksgenuss ergeben. Dabei führten sie lange Jahre ein vollständig unthätiges Faullenzerleben, ohne Sorgen und erhebliche Aufregungen. Geschlechtliche Excesse waren in keinem Falle vorhanden gewesen. Um das oben bezeichnete Lebensalter entwickelte sich — unter Auftreten psychischer Krankheitssymptome (Angstzustände und allmähliger Stupor) ein *Complex von Innervationsstörungen* schwerer Art: Muskelparesen in allen möglichen Spinalgebieten, Muskelatrophien mit Verminderung oder Aufhebung der electrischen Erregbarkeit, in verschiedenen Muskelgruppen Entartungsreaction, auffallende Consistenz und auffallende Druckempfindlichkeit der paretischen Muskeln, Verlust der mechanischen Erregbarkeit und Patellarreflexe, Verminderung der Hautreflexe, deutliche Ataxie, (Gang wie bei Tabetikern) leichte Parästhesien, Herabsetzung der Tastschärfe, Vergrösserung der Tastkreise. Bei beiden Kranken stand eine eigenthümliche Combination von verlangsamter Leitung der Tasteindrücke und von intensiver Hyperästhesie. Bei dem einen wurde ausserdem die von Remak beschriebene Doppelempfindung beobachtet, d. i. zeitliche Zerlegung eines Schmerzeindruckes in Berührungs- und Schmerz - Perception, bei dem anderen Kranken folgte der Berührungseindruck *nach* der Schmerzperception. — Neben diesen nervösen Erscheinungen boten die Kranken leichte Fieberbewegungen, gastrische Symptome, Zeichen verminderter Herzkraft (Fettherz). Es bestanden keine starken subjectiven Symptome im Bereich der Sensibilität, keine lancinirende Schmerzen, kein Gürtelgefühl, keine Empfindlichkeit der Wirbelsäule. Die vegetativen Functionen, Sphincteren intact. Von Seiten der Gehirnnerven nur Pupillenabnormitäten: Einmal träge Reaction, das andere Mal Verengerung und Starre. Vf. ist geneigt letztere Störung

auf den Tabaksmissbrauch zu schieben. — Von den beiden Fällen ging — was die Rückenmarkssymptome betraf — der eine in Heilung, der andere in anhaltende Besserung über. In Bezug auf die psych. Functionen blieb bei beiden Patienten deutlicher Schwachsinn bestehen. —

Nach genauer Analysirung der einzelnen Symptome und erschöpfender Vergleichung mit von anderen Autoren beschriebenen Symptomenbildern, kommt Vf. zu dem Schluss, dass es sich in seinen Fällen im wesentlichen um einen *subacuten Entzündungsprozess im Bereich der grauen Vordersäulen* gehandelt habe. Daneben aber höchstwahrscheinlich eine Erkrankung weisser Parthien im Rückenmark vorgelegen und zwar der *Grenzschicht der Hinterstränge an der grauen Substanz.* — Der geschilderte Symptomencomplex schliesse sich am ehesten der Paralysie générale antérieure subaiguë von Duchenne, der Poliomyelitis anterior subacuta von Kussmaul und Frey an. —

Langreuter (Dalldorf).

---

510) **Ch. Féré** und **Achille Demars** (Paris): Note sur la Maladie de Ménière et en particulier sur son traitement par la methode de M. Charcot. (Revue de Medécine Nro. 10, 1881.)

Verf. behandelten 6 Fälle Ménière'scher Krankheit (Siehe d. Original) mit Chinin. sulf. nach der seiner Zeit von Charcot angegebenen Methode. 0,60—0,80 Chin. sulf. wurden pro die in Pillen zu je 0,10 gereicht und zwar während eines Zeitraumes von 8—14 Tagen, wonach eine ebenso lange Pause gemacht wurde. Dieser Turnus wurde so lange wiederholt, bis das angestrebte therapeutische Resultat erzielt war.

Während der ersten Darreichung des Chinins beobachteten Verf. *stets* eine Steigerung des Pfeifens und der lästigen Ohrgeräusche; es ist daher gerathen die Patienten im Vorhinein darauf aufmerksam zu machen. Die Schwindelanfälle und selbst das Hinstürzen kann sich wiederholen.

Während der ersten Pause war eine beträchtliche Verminderung der Ohrgeräuche zu constatiren. Im Verlaufe des zweiten Turnus war die Steigerung der Ohrgeräusche schon viel geringer, ja zuweilen fehlte sogar diese Exacerbation. Während der 2. Ruhepause war die Abnahme derselben noch deutlicher, und cessirten auch oft die Schwindelanfälle. In den folgenden Turnus blieb die Steigerung der Ohrgeräusche endlich ganz fort. Im Allgemeinen coincidirte aber die progressive Besserung mit den Pausen zwischen den einzelnen Chininphasen. Das Pfeifen hörte gewöhnlich früher auf als die Schwindelanfälle. Die Behandlung wurde so lange fortgesetzt, bis letztere vollständig cessirten, und nur mehr schwache und passagere Geräusche auftraten. Alle Kranken schienen jedoch eine Gleichgewichtsstörung sowie eine eigenthümliche ängstliche Physiognomie und Haltung behalten zu haben.

Müller (Graz).

---

511) **Onimus** (Paris): Guide pratique d'Electrotherapie. (Masson, Paris 1882.)

In überaus conciser, klarer und sehr übersichtlicher Weise macht der Pariser Electrotheropeut in diesem Compendium den „Praktiker" nur mit dem unbedingt Wissenswerthen aus der Electhrophysik, ausführlicher hingegen mit den therapeutischen Maximen bekannt. Verf. meidet daher jede physiologische Controverse und Theorie, tangirt nicht einmal die viel umstrittene Frage des Electrotonus und hält so vom Anfange bis zu Ende das sich gesteckte Ziel im Auge, dem practischen Arzte ein durchaus practisches Buch zu liefern. Gerne und mit Vortheil wird dasselbe daher von seinen Landsleuten consultirt werden. Zudem ist das Buch sehr reich und trefflich illustrirt. Im I. Abschnitte — electro-physicalischer Theil — überrascht und befremdet uns das, was Verf. über die Gaiffe Clamond'sche Modification des alten Leclanché'schen Elementes (einfache Ersetzung des depolarisirenden Braunsteines durch ferrum sesquioxyd) sagt. Dieser neue Depolarisotor erschöpfe sich nemlich nicht, da er sich während der Ruhe des Elementes aus der Luft reoxydire. Das Experiment hat die Unrichtigkeit dieser theoretischen Supposition schon lange widerlegt und construirt Gaiffe, wie Ref. nach dessen mündlicher Mittheilung weiss, seit langem kein solches Element mehr. Das Element gehört daher zu den obsoleten. Dagegen vermissen wir eine Erwähnung der überaus practischen neuen Modification des Leclanché'schen Elementes mit in Plattenform gepressten und dem zufolge sehr leicht und rasch ad libitum zu entfernenden und erneuernden Depolarisatoren. Im therapeutischen Theile findet der Practiker sehr präcisse und sichere Anhaltspunkte für sein Handeln, weniger jedoch für die Prognose. Den Schluss bildet die Besprechung der Anwendung der Electricität in der Chirurgie und findet Verf. da auch Gelegenheit die erst jüngst von Hughes erfundene Inductionswage, den neuesten electrischen Kugelsucher zu schildern. Wir können das Werk bestens empfehlen. Müller (Graz).

---

512) **V. J. Drosdow** (St. Petersburg): Morbus hypnoticus. (Arch. f. Psych. XIII. 1. p. 250.)

Unter obigem Namen versteht Vf. das *spontane Hervortreten hypnotischer Zustände*, bei ehedem ganz gesunden Menschen, das er an 3 Individuen beobachtete.

Der erste Fall betraf einen 16 jährigen Kupferstechergesellen, der nach Gemüthsbewegung 2 mal in Tage lang anhaltenden spontanen tiefen Schlaf verfiel. Dabei trat Verlust willkürlicher Bewegungen und Empfindungen ein, Steifheit der Muskeln, die nach Anlegung von Gold- und Silber-Plättchen und nach Application des Inductionsstromes in flexibilitas cerea überging. Es bestanden associirte Reflexe: Wenn man hustete, hustete der Kranke mit, wenn man mit den Zähnen klapperte that Pat. dasselbe.

Die zweite Beobachtung wurde an einem 23jährigen Arbeiter

gemacht, der nach einem Rausche anfing häufig *spontan einzuschlafen*. Erscheinungen denen in Fall I ähnlich, nur waren die Gehirnfunctionen hier mehr in Mitleidenschaft gezogen, indem Pat. vorübergehend taubstumm war. Heilung.

Ferner handelt es sich um eine 24jährige Dame, Studirende, die zahlreiche *spontane Anfälle* bekam, nachdem sie freiwillig mehrere „Sitzungen" bei Herren durchgemacht hatte. Bei diesen Anfällen war auffallend, dass das Bewusstsein vollkommen unbeeinträchtigt war. Pat. hörte ohne Störung, war im Stande sich kritisch gegen ihre Umgebung zu verhalten, nur die Verbindung zwischen Muskeln- und Willensimpulsen nahezu vollständig unterbrochen.

D. betont ausdrücklich, dass keine der Patienten in seinem Leben auch nur die geringste Anlage zur Hysterie gezeigt hatte und glaubt deshalb den Morbus hypnoticus als eigenes Krankheitsbild auffassen zu sollen. (Bei der letzten Kranken ist — abgesehen von dem jedenfalls höchst auffallenden Intactsein der intellectuellen Functionen während des Anfalls — der Umstand verdächtig, dass Pat. ihre Anfälle mehrmals in der Sprechstunde des Verfassers sowie „vor und während das Examens" bekam. Ref.) Langreuter (Dalldorf).

---

513) **W. P. Veritz** (Chicago): Insanity from traumatism. (The Americ. journ. of Neurol. und Psych. 2/1882)

Ein 50j. früher stets gesunder, hereditär disponirter Mann wird durch den Schlag einer Maschine zu Boden geschleudert, so dass der Kopf (welche Seite?) hart aufschlägt. Keine äussere Verletzung, aber von der Zeit an Schmerz und Hitzegefühl auf der entgegengesetzten Kopfseite. Bald darauf Veränderung des Wesens: Vernachlässigung des Auesseren, Arbeitsscheu, gemeine Sprechweise, Trunksucht. Zeitweise Ohrenklingen und Gehörshallucinationen, in den letzten Monaten Geschwätzigkeit und Grössenideen. Pat. misshandelt schliesslich im Rausche seine Frau, wird deswegen gebunden, droht darauf, (im nüchtern Zustande) dieselbe zu ermorden und erhängt sich — 3 Jahre nach erlittenem Trauma.

Section: Dura am Schädel und der Pia in ausgedehntem Masse adhärent. Pacchionische Granulationen stark entwickelt. Pia mit der Hirnrinde auf der rechten Seite stellenweise verwachsen. „Die Hirnsubstanz selbst erschien normal, ausgenommen, dass sie an den adhärenten Stellen dem Zuge der Pia folgte." Kron (Berlin).

---

514) **Folsom** (Boston): The Treatment of the Insane. (Cambridge 1881.)

In verschiedenen Vorträgen behandelt F. psychiatrische Zeitfragen und zwar zunächst die Beziehungen des Staates zu den Geisteskranken vorzugsweise in Amerika. Die neuen Anstalten füllen sich ebenso rasch wie sie entstehen, in Massachusetts wurden 1880 unter 1,783085 Einwohnern 4600 Kranke gezählt, vor denen 3124 in Anstalten verpflegt wurden. (1,75: 1000). Unter den Verpflegten sind viele, welche früher nicht in Anstalten kamen: Trinker, Verschwender, Epileptische, Idioten. Die neueren Anstalten unterscheiden sich rücksichtlich ihres gefängnissartigen Charakters wenig von den alten Irrenhäusern und bei

aller Sorgfalt der Auswahl und Trennung muss Mancher, der mehr Freiheit vertragen kann, unter dem Zwange leiden den die Behandlung Anderer erfordert. F. verlangt daher Generalinspectoren (lunacy board) denen die Oberaufsicht über alle Geisteskranken zukäme, also auch über die in Privatpflege befindlichen. Sie können Kranke in die Anstalten senden und daraus entlassen, sorgen für geeignete Pflege, können Strafen gegen die Anstaltsinhaber erlassen. Das ganze Wohl und Wehe der Geisteskranken liegt ihnen ob.

In einem 2. Vortrage behandelt F. die „Behandlung der Geisteskranken“ (management, Handhabung nicht treatment, als medicinische Behandlung). Die Behandlung der Geisteskranken ist in den letzten Jahren eine bessere geworden und auch die Anstalten selbst haben an dieser Verbesserung Theil genommen. Trotzdem würden wir sie sicherlich nicht so bauen wie sie jetzt sind, wenn wir nicht an den Erfahrungen der letzten Jahrhunderte litten. Man überschätzt den Antheil der Unruhigen und errichtet die Anstalten als ob *alle* Kranke Unruhige und Störende wären. Die Anstalten sind zu gross, aber die Zahl der Geisteskranken wächst tagtäglich und für immer neue Kranke suchen die Communen Hilfe in der Anstalt. Die Anstalt wie sie ist, ist ein nothwendiges Uebel und der Compromiss des Bedürfnisses mit der Geldfrage. Hierin steht Deutschland weit hinter den Amerikanern zurück. Durch die Scheidung und Entfernung ungeeigneter Personen, welche mehr Schaden anrichten als man zuzugeben geneigt ist, wird man mehr erreichen wie man glaubt. Dass die Anstalten nicht geeignet und denen der frühern Jahrhunderte so gleich geblieben sind, ist die Ursache des dauernden Vorurtheiles gegen die Anstalten bis auf den heutigen Tag. Durch Absonderung harmloser Blödsinniger, der Verbrecher, Epileptischer und Idioten, Errichtung klinischer Anstalten für heilbare Fälle wird man dem erstrebten Ziele näher kommen. (Scheidung in Heil- und Pflegeanstalten.)

Der 3. Vortrag behandelt die Fortschritte in der Behandlung der Geisteskranken in Amerika und auf dem Continente. Wenn auch viel geschehen sei, um das Loos der Geisteskranken zu verbessern, so bleibe doch noch viel zu thun übrig. Verf. ist nicht ganz sicher, ob dieses Bessere in dem absoluten No restraint liegt, obwohl er natürlich die Vorzüge desselben nicht verkennt. Dem „opendoor system“ ist er nicht sehr gewogen und wenn es wahr ist was er sagt, dass es im Grunde nichts Anderes bedeutet als ein Drittel bis ein Viertel aller Kranken kann sich frei bewegen, die Andern aber stehen unter um so strengerer Controlle und sind in ihrer Bewegung um so mehr gehindert, als die Thüren offen stehen, so kann man seiner Ansicht nur beipflichten. Eickholt (Grafenberg).

---

415) **William W. Ireland:** On the diagnosis and prognosis of Idiocy and Imbecillity. (Edinb. med. Joural, Juni 1882.)

Verf. behandelt zuerst alle Puncte, welche zu berücksichtigen sind, wenn es sich bei einem Kinde um die Frage der Idiotie oder Imbecillität handelt. Besonderes Gewicht legt er auf die Erblichkeit,

auf Vorhandensein von Neuropathien und constitutionellen Krankheiten bei den Eltern. Das Kind selbst ist einer genauen körperlichen Untersuchung zu unterwerfen, Unregelmässigkeiten der Kopfbildung Deformitäten im Gesicht, an den Zähnen, an den Fingern und Zehen, den Ohren etc. zu berücksichtigen. Besonders wichtig ist die Gaumenbildung, indem der V förmige Gaumen sehr häufig bei Idioten vorkomme, Puls, Temperatur, Respiration zeigen häufig Abweichungen von der Norm; anderweitige trophische Störungen sind nicht selten. Das körperliche Wachsthum bleibt hinter dem gesunden Kinde in der Regel um etwa 2 Jahre zurück.

Das Fehlen der Greifbewegung ist eines der frühesten Zeichen; die Bewegungen überhaupt zeigen mannigfache Störungen. Die häufig vorhandene Stummheit ist bedingt durch den Mangel der Gedanken. Wenn ein Kind mit 7 oder 8 Jahren noch nicht angefangen hat zu sprechen spricht es überhaupt nicht mehr. Kann es sprechen, so ist sein Gespräch der beste Maasstab zur Beurtheilung der Frage.

Für die Prognose lassen sich nur wenige allgemeine Anhaltspunkte geben. Eclamptische Idioten bieten eine schlechte Prognose; während epileptische oft beträchtlich besserungsfähig sind.

Bei solchen, welche keine willkürlichen Bewegungen machen, keine Sinneseindrücke aufnehmen, ist eine Behandlung nutzlos; bei solchen, welche stumm sind, spät laufen gelernt haben, nicht fest greifen können, deren Aufmerksamkeit nicht zu fixiren, ist die Prognose ungünstig; dagegen kann bei Kindern, welche vor dem 6. und 7. Jahre sprechen gelernt haben, ziemlich lebhaft uud aufmerksam sind, eine beträchtliche Besserung erzielt werden. Mit höherem Grade der Intelligenz wird natürlich auch die Prognose günstiger, doch darf nicht vergessen werden, dass die „Cur“ von Idioten immer nur eine verhältnissmässige sein kann.

Die Behandlung muss eine andauernde, das gesammte körperliche und geistige Leben umfassende sein.

Verf. spricht aus einer 30 jährigen Erfahrung als Arzt einer Idiotenantalt. Karrer (Erlangen).

III. Vereinsberichte.

New-York neurological society.

Sitzung vom 2. Februar 1882. (The journal of nerv. and ment. disease. April. 1882.)

Discussion über **Morton's** *Vortrag: Nervendehnung bei Lateral-Sklerose, Paral. agit. etc.*

416) **Wyette** hat in einem Falle von Tabes beide Ischiadici gedehnt, links mehr als rechts. Die Schmerzen blieben im linken Bein 3 Monate fort und kehrten dann schwächer als sonst wieder. Im rechten Bein waren sie bald wieder vorhanden. Sonst keine Einwirkung.

417) **Beard** würde bei Schreibekrampf die Nervendehnung versuchen. Er hält die Operation für eine Art von mechanischer Behandlung, wie Acupunctur, Electricität, Massage etc.

418) **W. A. Hammond** hat neuerdings wieder die Dehnung beider Ischiadici bei Tabes vorgenommen, aber weder in Bezug auf die Locomotion noch auf die Schmerzen eine Aenderung gesehen. Bei Ischias dagegen ist der Erfolg ein unmittelbarer. Die Dehnung kann in diesem Falle durch forcirte Streckung und Beugung des Beines in der Hüfte geschehen. Nur bei starkem Fettpolster bedürfe es des Messers.

519) **C. L. Dana** hat nach kräftiger Dehnung (75 Pfund) beider Ischiadici bei einem 12 Pfund schweren, 20 Stunden vorher getödtetem Hunde keine Bewegung des blossgelegten Gehirns und Rückenmarks gesehen.

520) **Hammond** entgegnet ihm, dass trotzdem einzelne mit dem Ischiadicus zusammenhängende Fasern bewegt sein könnten.

Sitzung vom 1. März 1882.

521) **Birdsall** über patholog. Anatomie der Bleilähmung. (cf. Referat Nro. 501.)

522) **Spitzka** sieht in dem Befund eine Bestätigung seiner früher ausgesprochenen Ansicht, dass die äussern Zellengruppen der Vorderhörner die Extensoren, die innern die Flexoren innerviren. Die Goll'schen Stränge findet er an den ausgelegten Präparaten normal.

Kron (Berlin).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

523) *Aus New-York:* Dem gesetzgebenden Körper war in den letzten Jahren eine Petition unterbreitet worden, in welcher die verschiedenen Staats-Irren-Anstalten der schlechten Verwaltung beschuldigt wurden. Das Comité für öffentliche Gesundheitspflege verfasste darüber einen Bericht, der von der neurolgischen Gesellschaft in New-York einer herben Kritik unterzogen wurde. In Folge dessen wurde ein besonderes Senatscomité ernannt, dem die Aufgabe zufiel, die Staatsirrenanstalten zu inspiciren.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leipzig (Univ.-Irrenklinik), erster Assistenzarzt, „sofort oder später", 1800 M., freie Station. 2) Sachsenberg, II. Assistenzarzt, bald, 1500 M., fr. Stat. erster Classe. 3) Owinsk (Posen) II. Assistenzarzt, baldigst. 2000 M., freie Station. 4) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Zweiter Arzt, Gehalt 3600 Mark, Familienwohnung mit Heizung, Beleuchtung und Garten. Kenntniss der französischen Sprache. Antritt baldigst. Meldungen an den Kais. Herrn Bezirkspräsidenten von Lothringen in Metz bis 1. October. 5) Die Kreisphysicate Gnesen, Fulda, Geilenkirchen, Münsterberg (Breslau).

Besetzte Stelle. Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Assistenzarzt, Herr Dr. Lehmann.

Berufung. Prof. Erb von Leipzig nach Heidelberg an Friedreich's Stelle. Angenommen.

Todesfälle. Kr.-Phys. Dr. Fuchs in Gnesen, Kr.-Phys. Dr. Bauer in Fulda. San.-Rath Dr. Peters in Geilenkirchen.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. **1. October 1882.** **Nro. 19.**

INHALT.

I. Originalien.

Guiteau.

Ein psychiatrisches Gutachten von Dr. F. KARRER.

(Schluss.)

Dass wir hier nicht das Bild eines Verrückten vor uns haben, bedarf wohl keiner weitläufigen Auseinandersetzung. Nirgends finden wir eine Erwähnung eines bestimmten Befehls von Oben; nirgends eine Andeutung einer Hallucination oder Illusion. „Der Gedanke blitzte in meinem Innern auf" ist die Angabe G.'s über die erste Conception desselben. Nirgends tritt uns die völlige Eingenommenheit durch die bestimmte Idee entgegen, wie sie der Verrückte darbietet; dagegen eine Speculation über die Tragweite der angeblichen Wahn-

idee, deren gesetzliche Bedeutung und Wirksamkeit, wie sie nie in der Verrücktheit zu Tage tritt.

Dem Verrückten genügt *ein* Motiv, ist er von Gott inspirirt, so bekennt er sich auch sofort dazu, bezeichnet sein Thun nicht wie hier, als durch politische Rücksichten geboten. Würde wohl je ein Verrückter sich so über seine Geistesstörung äussern, wie G. es gethan; oder einen Ausspruch, wie folgenden thun? Als einer der Sachverständigen auf die Frage, was Irrsinn sei, seine Erklärung dahin abgab, dass Irrsein eine Gehirnkrankheit sei, welche geistige Verwirrung, Umänderung der Persönlichkeit, Aenderung des gewöhnlichen geistigen Lebens, der Gefühle, des Denkens und Handelns bewirke, rief der Angeklagte dazwischen: „Das ist mein Fall. Ich schoss auf den Präsi„denten am 2. Juli. Ich würde es nicht wieder thun um eine Million „Dollar, in der Geistesverfassung, in welcher ich nun bin."

Dass die Redereien von göttlicher Inspiration im Munde des Angeklagten wohl kaum eine andere Bedeutung als die banaler Phrasen haben, geht auch aus den Gesprächen mit Dr. Gray hervor. Eintritt in die Oneida Gemeinschaft und Austritt aus derselben, Verabfassung der Vorträge und des Buches werden als göttliche Inspirationen dargestellt. Zu gleicher Zeit aber gibt der Angeklagte zu, dass er nur auf Drängen seines Vaters eingetreten sei und dass er für seine Vorträge und sein Buch Vorstudien durch Bearbeitung anderer Werke gemacht hat.

Da Beard (cf. Centralbl. pag. 317) ausführt, dass G. schon vom 18. Jahre an, mit dem Eintritt in die Oneida Community an religiöser Monomanie litt, so sei hier nochmals auf diese Gemeinschaft zurückgekommen. Wir müssen auch desshalb ihr noch einmal unsere Aufmerksamkeit schenken, weil wir noch Ursache haben werden, den möglichen Einfluss ihrer Lehren auf die Anhänger der Secte näher zu untersuchen.

Dem schon über die Oneida Community Mitgetheilten sei ergänzend noch angeführt, dass die Gemeinde sich als die einzige wahre Kirche betrachtete, die officiellen Kirchen dagegen nur als Satanskirchen; dass für die Mitglieder der Gemeinde kein Gesetz mehr existirte, da sie alle Heilige waren. Jeder Heilige konnte thun und lassen, wozu ihn der Geist Gottes trieb. Alle Glieder der Gemeinde bilden eine Familie, wohnen, essen, arbeiten zusammen. Bis zum Jahre 1879 bestand nicht nur Güter-, Tisch- und Kinder- sondern auch Weiber-Gemeinschaft. Sie haben Propheten und Prophetinnen, aber keinen rituellen Gottesdienst und keinen Sonntag. (Kurtz, Lehrbuch der Kirchengeschichte II., 2.) Aus den Lehrbüchern der Gemeinschaft schöpfte G. zumeist die Ideen zu seinen Vorträgen; sein Buch insbesondere ist hauptsächlich ein Plagiat des einen Lehrbuches.

Allerdings sind dies „verrückte Ideen", wie man im gewöhnlichen Leben zu sagen pflegt. Eine andere Frage aber ist, ob das Hegen solcher Ideen wirklich als Symptom einer bestehenden Geisteskrankheit aufzufassen sei. Sind die Verranntheiten politischer Parteien, sind die crassen Umsturzideen, wie sie in Frankreich fast täglich,

wie sie erst kürzlich auf einem Socialistencongress in der Schweiz verkündigt worden, Symptome von Geisteskrankheit ihrer Träger? Gewiss nicht! Wir befinden uns hier im Bereiche des Irrthums, nicht des Irrsinns; auch Verranntsein in irrthümlichen Ideen ist nicht Geisteskrankheit.

Wir sind demnach im Rechte zu behaupten, dass Guiteau *nicht an einer Geisteskrankheit vom Charakter der Verrücktheit litt.*

Es boten sich uns demnach weder in der That selbst, noch in deren Planung und Ausführung, noch in den Motiven des Thäters Anhaltspunkte, um eine Geisteskrankheit des Verbrechers annehmen zu können.

Halten wir aber Umschau in seiner Lebensgeschichte, achten wir auf das ganze Wesen des Verbrechers, so müssen wir uns angetrieben fühlen, nochmals die Frage der Geistesstörung genau zu erwägen. Denn so viel ist sicher, dass wir es mit einem *geistig abnormen* Menschen zu thun haben.

Würden wir freilich derselben Ansicht sein wie der Sachverständige Kiernan (Verf. des pag. 390 referirten Artikels) so wäre die Sache sehr einfach. Derselbe äusserte sich bei seiner Vernehmung unter anderm dahin, dass im Allgemeinen unter 5 Personen eine geisteskrank sei; dass wenn er seiner gewöhnlichen Thätigheit nachgehe, oder im gewöhnlichen Leben mit 25 Menschen spräche, dann er darunter wohl 5 Geisteskranke finde. (Ob wohl nach Kiernan unter den 21 vernommenen Sachverständigen auch 4 geisteskrank waren?) Die Sache wäre so sehr einfach, ein geistig abnormer Mensch müsste als geisteskrank angesehen werden.

Abweichung vom normalen geistigen Leben ist aber nicht an sich das Kriterium der Geisteskrankheit; die Abweichung vom Normalen findet ja in der verschiedensten Weise statt, Genialität und Bornirtheit, verbrecherischer Sinn und Geisteskrankheit, alle sind solche Abweichungen.

Wir erinnern uns aber, dass Umänderungen des geistigen Wesens, Veränderungen vornehmlich des Characters zum Schlechteren bedingt sein können durch Geistesstörung; ja dass gerade sittliche Entartung oft eines der ersten Zeichen beginnenden Irrseins bildet. Daher muss uns auch geistige Abnormität nach der sittlichen Seite ein Fingerzeig sein auf etwa vorhandenes Irresein.

In unserem Falle könnte dies Irresein kein anderes, als Moral insanity sein; und wir werden um so eher geneigt sein, an Vorhandensein von moralischem Irrsinn und nicht blos moralischer Verderbtheit zu denken, als Guiteau ja indirect erblich belastet war.

Aus der erblichen Belastung allein aber den Grund herzunehmen, geistige Abnormität als Krankheit zu bezeichnen, wäre wieder zu weit gegangen. Und es kann von *angeborner moralischer Imbecillität* in unserem Falle nicht die Rede sein, da uns aus der Kindheit und Jugend Guiteau's keinerlei solche Erscheinungen berichtet werden, wie sie bekanntermassen bei solchen Kindern zur Beobachtung kommen.

Ausser einer ganz leichten Asymmetrie des Kopfes konnten ferner durch genaue Messungen und durch die verschiedenen physikalischen Untersuchungsmethoden keinerlei körperliche Abnormitäten entdeckt werden. Es fehlten also auch die in solchen Fällen regelmässig vorhandenen körperlichen Merkmale einer neuropathischen Anlage. Angeborenen moralischen Defect bei Guiteau anzunehmen, haben wir also keinen Grund. Die beobachteten Symptome weisen ja auch vielmehr auf erworbene Moral insanity hin. Etwa um das 20. bis 22. Lebensjahr des Verbrechers tritt die Umänderung seines Wesens, die Verschlechterung seines Characters hervor. Stolz und Eigendünkel, Scheu vor körperlicher Arbeit (dies der Grund seines Entweichens aus der On. Com.) unstätes Wesen; Egoismus, unsittliche Lebensweise und Heuchelei (pseudoreligiöses Gefühl), vagirendes Leben, betrügerische Handlungen, Prahlerei und Selbstüberschätzung bis Frechheit, schliesslich Verübung eines ruchlosen Verbrechens, Unfähigkeit das Ruchlose seiner That einzusehen — das sind alles Symptome, wie wir sie bei der Moral insanity geschildert finden. Aber all dies kann auch nur Ausfluss sittlicher Verkommenheit sein; es fehlen noch die Kriterien der Krankheit.

Ist die Krankheit nicht angeboren, sondern *erworben*, so ist in der Regel eine schwere Hirnstörung durch Krankheit oder durch Trauma der Anstoss zu ihrer Entstehung. Die Anamnese ergibt Nichts dergleichen. Besteht die Krankheit längere Zeit, so kommt es immer zu anderweitigen Störungen im Nervensysteme, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Neuralgien, allerlei Sensationen, Empfindlichkeit gegen Hitze und Kälte, überhaupt geringere Widerstandsfähigkeit gegen äussere Einflüsse werden beobachtet. Ein gewisser Grad von Schwachsinn besteht nach allgemeiner Angabe in jedem Falle; wenn die Krankheit schon längere Zeit gedauert, ist es nicht zu verkennen, es treten dann in der Regel auch einzelne Wahnideen auf; meist vom Character des Verfolgungswahnes. Eine eigenartige Abschwächung des Gedächtnisses findet sich regelmässig. Es haften nur die von der Aussenwelt erfahrenen Unbilden, die vom Kranken dazu gebotenen Anlässe verschwinden.

Ein moralisch Irrsinniger begeht nicht ein Verbrechen um anderer willen, sein Egoismus kümmert sich nicht um die Mitmenschen, nicht um des Staates Wohl. Vom moralischen Irrsinn aus wäre es erklärlich gewesen, wenn Guiteau als Grund des Verbrechens seine persönliche Schädigung durch den Präsidenten angegeben hätte und sich das Recht vindicirt, dafür Strafe walten zu lassen. Auch sonst unterstützen die Thatsachen, wie die Aeusserungen des Verbrechers nicht die Annahme eines moralischen Irrsinns. Guiteau erfreute sich immer der besten Gesundheit, sein Nervenleben zeigte nach der physischen Seite keine Störung; er vermochte dem Gange der Verhandlungen mit einer Aufmerksamkeit zu verfolgen, mit einer Schlagfertigkeit sachdienliche Einwürfe zu machen, wie wir es von einem Kranken nie erwarten können; seine Aeusserungsweise in den Gesprächen mit den Sachverständigen zeigt nicht die Eigenthümlichkeiten der moralisch

Irrsinnigen. Auf sein freches Gebahren vor dem Gerichtshof, das man für Annahme krankhafter Einsichtslosigkeit verwerthen könnte, indem der Angeklagte doch eigentlich hätte einsehen sollen, dass er seiner Sache schade, kann bei der Behandlung, welche der Angeklagte in der Haft sich zu erfreuen hatte, kein Gewicht gelegt werden.

Es bleibt nur noch das Eine, die Veränderung des Characters, der Persönlichkeit, welche mit dem Angeklagten in der Zeit vom 18. bis 22. Lebensjahre vor sich ging, zu erörtern. Muss zu ihrem Verständniss geistige Erkrankung angenommen werden oder nicht? Konnten nicht die Lehrsätze von der freien Liebe, der Gesetzlosigkeit der „Heiligen", der Erlaubniss zu thun und zu lassen, wozu einen „der Geist" antreibt, bei einem jungen Menschen durch Erweckung der Leidenschaften höchst verderblich auf die Characterbildung einwirken? War nicht gerade hier die Gefahr der grössten religiösen Verflachung, eines reines Maulchristenthumes und der Betäubung des Gewissens durch religiöses Phrasenthum gegeben? Musste nicht die Praxis einer solchen Gemeinschaft entsittlichend wirken? Guiteau trat zwar aus, begann auch von Neuem zu lernen, aber zu einer sittlichen Erhebung kam es bei ihm nicht mehr; er ging vielmehr abwärts. Das vagirende und hausirende Leben, wenn es auch sonst die „edelsten und besten Kräfte der Nation" umfassen soll, war nicht dazu angethan, ihn aus der sittlichen Versumpfung herauszureissen.

Guiteau war *nicht moralisch irrsinnig,* er war *moralisch verkommen!*

II. Referate.

524) **P. v. Mertschinsky** (St. Petersburg): Beitrag zur Wärmedyspnoë. (Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg N. F. XVI. Bd.)

Gegen die vom Ref. im Jahre 1872 veröffentlichten Untersuchungen „über Wärmedyspnoë" waren von Chr. Sikler Bedenken erhoben worden derart, dass die durch Ueberhitzung verwundeter Gewebe hervorgebrachte Reizung sensibler Nerven einen Antheil an der Hervorrufung der Dyspnoë gehabt habe. Verf. constatirte zunächst an zwei frischen Kaninchencarotiden, dass bei Anwendung der Goldstein'schen Methode eine Temperatursteigerung des dem Kopfe zuströmenden Blutes und der von diesem durchströmten Gewebe ertheilt werden kann, welche mit der Temperatursteigerung im Fieber von durchaus gleicher Ordnung ist. Der Einwurf Sikler's wurde durch Isolation der Wunde beseitigt und die Curven in den Wunden mit dem Gad'schen Aëro-Plethysmographen ausgeführt. An ihnen sieht man leicht jede Veränderung der Frequenz und der Tiefe der Athemzüge und in dem zeitlichen Verhältniss der einzelnen Athemphasen. Die gleich dem Ref. erhaltene Dyspnoë nennt Verf. *cephalische Wärmedyspnoë;* ihr Charakteristisches ist Beschleunigung, Verflachung, Abnahme der respiratorischen Anstrengung, Erhöhung der Athemgrösse; sie ist natürlich von der Kohlensäure-Dispnoë in jeder Bezieh-

ung verschieden. Der Athmungs-Typus hängt in gesetzmässiger Weise von dem Temperaturzustand des Athmungscentrums in der medull. oblongat. ab. Erhöhung dieser Temperatur steigert die Frequenz. Aber auch die Erwärmung anderer Theile des Ausbreitungsgebietes der carotis scheint die typische cephalische Wärmedyspnoë zu erzeugen.

Goldstein (Aachen).

---

525) **Hermann Munk** (Berlin): Ueber die Stirnlappen des Grosshirns. (Sitzungsber. der Kgl. Preuss. Academie der Wissenschaften. Berlin, 20. Juli.)

Von Hitzig und Ferrier waren Functionsstörungen nach Exstirpation am Stirnlappen des Grosshirns niemals beobachtet worden. Letzterer hatte einen blödsinnartigen Zustand bei seinen operirten Affen gefunden, wodurch die Ansicht, dass das Stirnhirn vorzüglich der Sitz intellectueller Fähigkeiten sei, noch mehr Nachdruck verliehen wurde. Wundt sprach es dann auch unumwunden aus, dass das Stirnhirn das physiologische Substrat sei für gewisse an die höheren Entwicklungsformen des Bewusstseins gebundene Vorgänge. In directem Widerspruche damit stehen die neuen Versuche Munk's, welcher bei Hunden, welchen die Stirnlappen fortgenommen waren, fand, dass nach 3—5 Tagen, nach Ablauf der Nachwirkung der Narcose, des Blutverlustes und der reactiven Entzündung, die Thiere so munter, wie vordem, waren und dass nur an der Rumpfmusculatur sich Störungen zeigten. War z. B. der linke Stirnlappen abgetragen, so bemerkte Verf., dass, wenn das Thier kurz wenden wollte, es sich hakenförmig linksherum drehte, so dass die Rücken-Lendenwirbelsäule sich mit der Convexität nach rechts krümmte; niemals drehte es sich rechts herum, immer links. Der Hund dem beide Stirnlappen abgetragen sind, dreht sich rechts, wie links herum, aber alle Bewegungen vollziehen sich zeigerartig durch Drehung im Becken. Steht der Hund, oder geht er langsam, so ist eine katzenbuckelartige Krümmung des Rückens vorhanden. Die Extirpationsversuche am Affen, welchem *ein* Stirnlappen abgetrennt war, ergaben, dass derselbe seine Rücken-Lendenwirbelsäule nicht mehr willkürlich nach der der Verletzung entgegengesetzten Seite zu biegen oder zu drehen vermag. Der Affe, welchem beide Stirnlappen abgetrennt sind, vermag seine Rücken - Lendenwirbelsäule weder nach rechts noch nach links zu biegen oder zu drehen und führt alle kurze Wendungen durch Drehung des Rumpfes im Hüftgelenke aus. Jede willkürliche Bewegung der Rücken - Lendenwirbelsäule ist fortgefallen; dieser erscheint katzenbuckelartig gekrümmt. Nacken und Rumpf sind gesonderten Partien der Stirnlappenrinde zugeordnet, wie aus diesen und den früheren Versuchen des Verf.'s hervorgeht, wo die der Hauptstirnfurche zunächst gelegene Rinde exstirpirt war und Störungen der Nackenmuskulatur verzeichnet wurden. Auch die Reizungsversuche, welche aus gewissen Gründen mit dem Inductionsstrome vorgenommen wurden, ergaben ein positives Resultat. Es erfolgten Rumpfbewegungen, theils allein, theils zusammen mit Nackenbewegungen. Im völligen Einklange mit den Exstirpationsversuchen

stehen die Einzelerscheinungen, die man im Originale nachlesen möge, freilich noch nicht. Die vermeinte Unerregbarkeit des Stirnlappens aber hat sich als eine Täuschung erwiesen. Verbürgt ist durch dieselben die Richtigkeit dessen, was die Exstirpationsversuche ergaben, dass die Stirnlappenrinde beim Hunde die Rumpfregion, beim Affen die Rumpfregion und die Nackenregion der Fühlssphäre darstellt. Nach früheren Versuchen und Auseinandersetzungen des Autors bildet also die Stirnlappen-Rinde zusammen mit der Scheitellappen-Rinde die Fühlssphäre. An der Intelligenz ist sie betheiligt mit denjenigen einfachen und verwickelteren Vorstellungen, welche die Gefühlswahrnehmung von Seiten der mit ihr verknüpften Körpertheile zur Grundlage haben. Die Behauptung, dass Pathologie und vergleichende Anatomie dem Stirnhirn den Sitz der Intelligenz zuschreiben, weist Verf. als willkürliche Deutung zurück. Goldstein (Aachen).

---

526) **Manasseïn** (Petersburg): Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Kitzels. (Klinisches Wochenblatt 1882 Nro. 13, 14, 15, russisch.)

Verfasserin fand (im Edinbourgh Medical and Surgical Journal 1812. Bd. XIII S. 197 ff.) folgenden Fall des Leibmedicus Wardrop beschrieben, der wegen des Verfassers geachteten Namens ihre Aufmerksamkeit erregte und der ihr Veranlassung zu Experimenten über die Wirkung des Kitzels gab.

Ein Mann mittleren Alters hatte nach einer fieberhaften Krankheit eine vollständige Lähmung des l. Armes und Parese des l. Beines behalten. Dieselbe dauerte unverändert schon $1^1/_2$ Jahre und hatte zu starker Atrophie des l. Oberarmmuskels geführt. Wardrop verordnete ihm täglich 3—4 Mal die l. Handfläche und Fusssohle so lange mit einer Feder zu kitzeln, bis er zu lachen anfinge. Anfangs dauerte das lange, aber nach häufigen Wiederholungen wuchs die Empfindlichkeit für den Kitzel. Ausserdem musste er auch Morgens und Abends die gelähmten Extremitäten mit der trockenen gesunden Hand abreiben. Schon nach kurzer Zeit stellte sich Bewegungsfähigkeit ein und nach einigen Monaten vollständige Genesung. Verf. referirt ferner aus der Literatur des vorigen und des Anfangs dieses Jahrhunderts zahlreiche Fälle von Heilungen Gelähmter, von Neuralgieen etc. durch leichtes Streichen. Hierher gehörte auch das am Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts sehr moderne Verfahren von Perkins, welches in leisem Streichen mit stumpfen Stahl- oder Holznadeln bestand. Schliesslich existirt jetzt eine einschlagende experimentelle Arbeit von Bubnoff und Heidenhain. Dieselbe fanden, dass die motorische Zone einer Extremität im Gehirn erregbarer wird durch leichtes Streichen der betreffenden Pfote des Thieres. All dieses veranlasste die Verf., die physiologische Wirkung des Kitzelns auf den Menschen zu untersuchen. Der Kitzel wurde hervorgerufen durch einen Pinsel aus grobem Rosshaar, doch wurden auch weiche Haarpinsel gebraucht; gekitzelt wurde hauptsächlich die Haut des Halses und Gesichts, nur selten die Handfläche oder Fusssohle, in der

Dauer von $^1/_2$—3 Min. je nach der Empfindlichkeit der Versuchsperson gegen Kitzel. Die Versuche sind alle augenscheinlich sehr gewissenhaft angestellt.

Sie fand nun, dass die Tastempfindlichkeit, gemessen mit dem Weber'schen Zirkel' immer gesteigert wurde, und zwar war der stärkste Effekt einige Min. nach dem Kitzel zu bemerken und dauerte überhaupt 10—30 Min., worauf eine leichte Abschwächung der Empfindlichkeit erfolgte. Der Blutdruck, gemessen mit Busch's Sphygmomanometer wuchs immer; dem entsprechend verminderte sich stets der mit Mosso's Plethysmograph gemessene Umfang der Extremität in Folge des Kitzelns und zwar war der Effekt bei Kitzeln des Gesichts fast sofort zu beobachten, bei Kitzeln der Hand oder Fusssohle deutlich später, was Verf. durch den längeren Weg, den der Reiz zum Gehirn nehmen muss, zu erklären versucht. (Dieser Zeitunterschied ist ja so gering, dass er gewiss nicht ins Gewicht fallen kann. Ref.) Puls und Athmung wurden gleichzeitig mittels Knoles Syhygmograph und Mareys Pneumograph untersucht. Der Puls stieg um 6—14 Schläge in der Min. nach anfänglichem Fallen um 2—6 Schläge in der Min. Die dicrotische Erhebung der Welle tritt dabei stets schärfer hervor, häufig zeigt sich auch Tricrotie ja Polycrotie. Die Höhe der Welle ist dabei fast stets vermindert. Die Athmung wird unter dem Einfluss des Kitzelns oberflächlicher und häufiger, um 4—5 Athemzügen in der Min., dabei sind aber die Pausen zwizchen den einzelnen Athmungen verlängert. — Die Muskelerregbarkeit (die Contractionen wurden mittels Mareys Polygraph notirt, als Reiz schwache primäre Inductionsströme benutzt) war gleich nach dem Kitzeln kaum gesteigert, nach 2—3 Min. aber erscheinen die Contractionen um das 2—3 fache grösser.

Die Hauttemperatur, gemessen theils durch einen gewöhnlichen klinischen Thermometer in der geschlossenen Faust, theils durch den thermo-electrischen Thermometer auf der Handfläche, wurde anfangs um 0,1—0,5^0 C. vermindert und stieg dann in 10—20 Min. meist um ebensoviel über die Norm.

Die vasomotorischen Erscheinungen sind also: anfänglich Verengerung der peripheren Gefässe, welcher eine Gefässerweiterung in den inneren Organen entsprechen muss, und als Nachstadium Erweiterung der peripheren und Verengerung der inneren Gefässe, also auch der des Gehirnes, worauf Verf. die günstigen Wirkungen des Kitzelns zurückführt. Buch (Helsingfors).

---

527) **Kirchhoff** (Schleswig): Eine Defectbildung des Grosshirns. (Arch. f. Psych. XIII. 1. p. 268)

Hemmungsbildung des Grosshirns bei einem erblich schwer belasteten Mädchen das bis zum 7. Jahre epileptisch war, und im 28. Jahre an „primärer Verrücktheit“ erkrankte. Der Defect betraf hauptsächlich den l. Hinterlappen, der um 2,5 Ctm. verkürzt und um 0,8 Ctm. verschmälert war. Gewicht der Hemisphären: rechts 410, links

300 gr. Ausserdem war der Balken partiell, der Tractus opticus universell atrophisch. Die Anordnung der Windungen s. in der Originalarbeit. Die Kranke hatte keine halbseitigen Symptome gehabt. Interessant ist, dass die *rechte* Fusssohle verschmälert war, und die *rechte* Niere deutliche embryonale Lappen zeigten.

Langreuter (Dalldorf).

---

528) **H. Quincke** (Kiel): Anosmie bei Hirndruck. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. Jahrg. XII. 1882.)

Verf. beobachtete folgenden Fall: Ein 21 Jahr alter Uhrmacher wurde am Kopfe mit einem Messer verwundet. Heilung in 3 Wochen. Nach 14 Tagen Kopfschmerzen, Erbrechen. Nach einigen Wochen schmerzhafte Krämpfe in allen Gliedern. Bei seiner Aufnahme in's Spital ($^1/_2$ Jahr später), kann Pat. nur mit Unterstützung gehen, hat Neigung nach hinten zu fallen. Hautsensibilität intact. Lichtempfindung fehlt gänzlich, Pupillen mittelweit, reagiren auf Licht. Papille beiderseits vergrössert und verschleiert; links capillaere Haemorrhagien, rechts Trübung der Retina. Geruch auf beiden Nasenlöchern völlig aufgehoben. Beständig Schwindelgefühl, Kopfschmerzen. Druck auf Narbe zwischen l. tub. parietale und Mittellinie schmerzhaft und Krämpfe steigernd. Letztere sind epileptiform, Bewusstsein vorhanden. Harn bald sauer, bald alkalisch und durch phosphorsauren Kalk getrübt. Tod plötzlich. Section: Cyste im Kleinhirn, vielleicht mit d. plex. chorioideus des IV. Ventrikels zusammenhängend, die Unterfläche des Wurms comprimirend, in die linke Kleinhirnhemisphäre hineingewachsen, der Boden des IV. Ventrikels abgeplattet. Hydrocephalische Ausdehnung der 3 vorderen Ventrikel. Beide tract. olfactorii, namentlich deren Bulbi, sind sehr stark abgeplattet. Letzterer Befund, welcher die Geruchsstörung erzeugt hatte, war sehr auffallend. Die stark gespannten Vorderlappen können direct den Druck auf die tract. olfactorii ausgeübt haben, oder, als Analogie mit der Ausdehnung der Opticusscheide bei Druckerhöhung im Schädel, es können die Lymphgefässe abnorm gedehnt sein und die peripheren nervi olfactorii auf ihrem Wege von der Nasenschleimhaut durch die Siebbeinplatten zum Bulbus an irgend einer Stelle comprimirt haben, so dass beim Fehlen peripherer Erregung oder in Folge aufsteigender entzündlicher Infiltration diese sammt dem Tractus atrophirten. Goldstein (Aachen).

---

529) **C. Westphal** (Berlin): Zur Localisation der Hemianopsie und des Muskelgefühls beim Menschen. (Sep.-Abdr. ans den Charité Annalen VII. Jahrgang. 1882.)

Im Anschluss an das Referat 152 (Nro. 8 dieses Jahrgangs) unseres Centralblattes, referiren wir heute über den inzwischen von Verf. ausführlich mitgetheilten, damals am Schlusse kurz angedeuteten Fall. Ein 38 jähriger Arbeiter, Sperling, früher nie krank, hatte am 17. Juni 1879 einen schweren Krampfanfall, war darnach ganz abwesend; wurde als „Delirant“ in die Charité aufgenommen, bald darauf wieder entlassen. Am 7. August kam er Abends nach Hause,

konnte sich nicht, wie er wollte ausdrücken; am 10. August konnte er Morgens beim Aufstehen den *rechten* Arm nicht bewegen, die rechte Hand und der rechte Fuss waren kalt, die Finger krumm; Gang wacklich; zu sprechen vermochte er gar nicht mehr. Am 12. August in die innere Abtheilung der Charité aufgenommen, am 14. zur psychiatrischen Klinik verlegt. Hier schlossen sich dauernde Störungen im Bereiche des Nervensystems an vorübergehende, auffallsweise auftretende an. Am 14. und 17. August wurden Anfälle von rechtsseitigen Convulsionen, die nicht von Bewusstseinsverlust begleitet waren, beobachtet, wohl aber waren Erscheinungen von sogenannter atactischer und sensorischer Aphasie vorhanden. Nach diesen Anfällen erschien die Bewegungsfähigkeit der rechten Extremitäten erheblich beeinträchtigt. Die motorische Schwäche war keine dauernde. Wohl aber blieben dauernde Störungen des Gefühls für die Stellung und Bewegung der rechten oberen Extremität zurück und eine eigenthümliche Ungeschicklichkeit beim Gebrauch der Hand. Der Patient weiss einmal von der Stellung und Lageveränderung seines rechten Armes nichts Gewisses und das anderemal weiss er gewisse einfache Bewegungen, auch bei geöffnetem Auge, in zweckmässiger Weise nicht auszuführen. Auf den Verlust des Muskelgefühls ist die Erscheinung zu beziehen, Bewegungen mit dem rechten Arme auszuführen, die *nicht* vom Pat. beabsichtigt waren; so erhob er den Arm, wenn er glaubte, dass man sich mit demselben beschäftige, während man in Wirklichkeit am Fusse operirte. Bei willkürlichen, nur auf die *rechte* Hand gerichteten Bewegungsimpulsen traten Mitbewegungen des ganzen rechten Armes auf, ebenso bei passiven Bewegungen des linken. An der rechten unteren Extremität war die Störung sehr gering. Auch hier deutliche Neigung zu Mitbewegungen. Dazu gesellt sich eine mässige Abschwächung der Sensibilität der rechten Körperhälfte und eines Theils des Gesichts und vor allen eine scharf abgegrenzte, bilaterale, rechtsseitige Hemianopsie (Figuren aufgenommen von Moeli).

Die *Section* ergab eine ausschliesslich auf die Rinde beschränkte Erkrankung der hinteren Centralwindung, beider Scheitelläppchen, nur wenig auf den Schläfenlappen übergreifend und des Hinterhauptlappens. Betreffs des microscop. Befundes siehe Centralbl. Nro. 3, 1882, wo unter (Nro. 44) den Vereinsberichten der Berl. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Reinhard denselben wiedergegeben hat. Die Wichtigkeit dieses Falles liegt darin, dass die Erkrankung der Rindenparthie eine so überaus reine und uncomplicirte war und in der Analogie mit den bekannten Thierversuchen Munk's.

Goldstein (Aachen).

---

530) **K. Caröe** (Kopenhagen): Et Tilfaelde af atrofish Lamhed hos en Voksen. (Ein Fall von atrophischer Lähmung bei einer Erwachsenen.) (Hosp. Tid. 1882. Nro. 24.)

Pat., eine 23 jähr. Näherin, will acht Tage vor der Aufnahme in das Kgl. Fredriks Hospital (Abtheilung von Prof. Reisz) ganz plötzlich eine Schwäche beider Hände gespürt haben. Bei der Auf-

nahme bestand bereits eine fast vollständige Lähmung beider Oberextremitäten. Unter geringer Erhöhung der Temperatur nahm dann in den folgenden Wochen die Lähmung an Intensität und Extensität zu, und zwar so, dass zunächst die Nacken-, dann die Rücken- und Bauchmuskeln und schliesslich beide Unterextremitäten fast vollständig gelähmt waren. Nur die Athemmuskeln sowie die mimischen Gesichtsmuskeln blieben verschont. Die Lähmung der Unterextremitäten begann 3 Wochen nach der Aufnahme als eine ganz geringe Schwäche, und wurde dann, allmählig zunehmend innerhalb 14 Tagen eine fast vollständige, rechts etwas stärker als links. Die Lähmung characterisirte sich als schlaffe und führte zu beträchtlichen Atrophien.

Die Sensibilität in den betroffenen Körpertheilen war ebenfalls afficirt. Bei der Aufnahme war Schmerz- und Temperaturempfindung der Oberextremitäten bei intacter Localisation herabgesetzt resp. ganz aufgehoben. Im späteren Verlauf nahm auch das Tastgefühl ab. Mit dem Weiterschreiten der Lähmung traten auch am Rumpf und später an den Unterextremitäten Sensibilitätsstörungen — Gürtelgefühl, Neuralgieen, Hyperästhesie, später Anästhesie — auf, so dass auf der Höhe der Lähmung, 5 Wochen nach der Aufnahme, bedeutende Vergrösserung der Tastkreise an allen 4 Extremitäten, Rumpf und Hals notirt wurde, während die Sensibilität am Gesicht normal geblieben. Ebenso war Temperatur- und Schmerzempfindung überall, aber in höherem Grade an den Oberextremitäten stark vermindert.

An den Armen wurden unwillkürliche zuckende Bewegungen beobachtet.

Sphinkteren normal, doch war eine Zeit lang die Urinentleerung erschwert, offenbar in Folge der Unfähigkeit, die Bauchpresse wirken zu lassen.

Nachdem die Lähmung ca. einen Monat unverändert bestanden, begann die allmälige Rückkehr der Motilität, so dass Pat. 4 Monate darauf, also nach ca. halbjährigem Aufenthalte auf der Abtheilung, geheilt abgehen konnte, ohne dass irgend welche partielle Lähmungen zurückblieben.

Ueber die electrische Reaction wird wenig angeführt. Der constante Strom scheint gar nicht zur Anwendung gekommen zu sein, von der Prüfung mit dem Inductionsstrome, welcher längere Zeit als Heilmittel angewendet wurde, wird erwähnt, dass auf der Höhe der Lähmung die electrocutane Sensibilität erhalten war, dass aber bei Reizung der Haut viel weniger Muskelbewegungen an den Ober- als an den Unterextremitäten ausgelöst wurden. Die electromusculäre Contractilität war damals überall eine ziemlich normale, und wurde erst später, als die Motilität bereits wieder Etwas zurückgekehrt war, Herabsetzung der Contractilität in einigen Muskelgruppen, besonders in den kleinen Handmuskeln bemerkt. Dehn (Hamburg).

---

531) **E. O. Schumow:** Zur Symptomatologie und Therapie des Morbus Basedowii. (Aus der Klinik Prof. Botkin's.) (Klinisches Wochbl. 1882 Nro. 1, 2, 3, 4. russisch.)

Verfasserin beschreibt eingehend zwei typische Fälle von Mor-

bus Basedowii, der eine, eine junge Lehrerin, der andere eine Popenfrau von 40 Jahren betreffend; im ersteren Falle war bemerkenswerth die erhöhte Temperatur und Schweissbildung besonders der linken Seite gegenüber der Trockenheit der Haut im zweiten Falle. In diesem bildete das Hauptsymptom die schwere Compensationsstörung des Herzens mit ihren Folgen, während die übrigen Symptome zurücktraten. Beide Fälle begannen nach heftigen Gemüthsbewegungen.

Die Behandlung des ersten Falles bestand in methodischen Applicationen (10 in 20 Tagen) von Cantharidenpflaster auf dem Nacken, wonach eine deutliche Besserung eintrat, und dann täglichen Bädern von 26—28^0 C., welche alle Symptome wohlthätig beeinflussten, namentlich Puls und Athmung wurden bedeutend verlangsamt sowohl im Bade als nachhaltig auch nach demselben, so dass nach 17 Bädern und im Ganzen 31tägiger Behandlung die Patientin ihre Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. Im zweiten Falle hatten die Bäder dieselbe günstige Wirkung, aber nur vorübergehend. Ebenso hatten vorübergehenden Erfolg: Digitialis, dann Convallaria majalis. Schliesslich nach 2 Monate langer Behandlung: Milchcur, beginnend mit 3 Gläsern Milch täglich ohne jede andere Behandlung. Es erfolgte in 18 Tagen eine so bedeutende Besserung, dass Patientin austrat.

Buch (Helsingfors).

---

532) **Schnaubert** (Moscau): Ein Fall von Morbus Basedowii. (Klinisches Wochenblatt 1882 Nro. 13 russisch.)

Verf. beschreibt einen eine 46jährige Köchin betreffenden Fall von Basedowischer Krankheit der alle Hauptsymptome ausgeprägt darbot. Besonders lästig war die Compensationsstörung des Herzens (ohne Geräusche) mit ihren Folgezuständen, namentlich ausgebreitete Wassersucht. Bei ausschliesslicher Milchdiät mit wenig Brod verschwanden alle Symptome bis auf ein Minimum, so dass die Kranke sich für gesund hielt und austrat. Nach 3 Monaten begann die Krankheit sich wieder geltend zu machen, doch trat Patientin erst nach 2 Jahren wieder ins Hospital mit enormem Hydrops und allen früheren Symptomen, doch in verstärktem Maasstabe. Die wieder eingeleitete Milchdiät bewirkte eine kurzdauernde Besserung, jedoch starb Patientin bald. Section ergab nichts besonderes.

Buch (Helsingfors).

---

533) **Thomayer** (Prag): Bericht über die Medicin. Klinik des Professor Dr. Theophil Eiselt in Prag für das Jahr 1880. (Sep.-Abdr. aus dem ärztl. Berichte des K. K. allgem. Krankenhauses zu Prag vom Jahre 1880.)

Aus dem vorliegenden Berichte, für dessen Uebersendung wir bestens danken, ersehen wir, dass 1880 auf der oben genannten Klinik 410 Fälle stationär behandelt worden sind (258 Ambulante). Von diesen 410 Fällen gehören 65, also 15,8% in das Gebiet der Nervenkrankheiten, und zwar waren Gehirnkrankheiten 18, Rückenmarkskrankheiten 12, Neurosen 21, periphere 13; ein Fall von „Halucinationes“ ist anhangsweise beigefügt. Ueber die Erfolge der Behandlung schweigt der Bericht; er rubricirt sonderbarer Weise nur „Behandelt“ und „Gestorben“. Von einzelnen bemerkenswerthen Fällen führen wir folgende an:

1. Gehirnhaemorrhagie mit vasomotorischen Störungen.

Fünfzigjährige Taglöhnerin. Complete motor. Lähmung der rechtsseitigen oberen und unteren Extremitäten, partielle Lähmung des gleichseitigen Facialis; keine Aphasie, keine Sensibilitätsstörung; später Contractur der gelähmten Theile. Ungleichmässige Wärme beider Körperhälften, ungleiche Röthe beider Wangen, ungleiche Weite beider Pupillen, Decubitus entsprechend nur der gelähmten Körperhälfte, Blasenbildung an der Fusssohle der gelähmten Extremität.

Verf. diagnosticirt eine Laesion des linken corp. striat. und der Caps. interna und ist der Ansicht, dass die vasomotor. Affection nichts an der topischen Diagnose ändere.

2. Fall von Arsenikparalyse.

Ein Mädchen von 25 Jahren nimmt um sich zu tödten eine grosse Messerspitze voll Arsenik. Zittern, Erbrechen, Kopfschmerz, keine Diarrhoe. Schwäche in den Beinen, nach 5 Tagen Paraesthesien in denselben; Zunahme der Schwäche etc. Complete beiderseitige Lähmung der Peronei incl. der Mm. tibial. ant. Letzteres ist hervorzuheben gegenüber den Fällen von Bleilähmung, bei denen der Tibial. ant. ähnlich wie der Sup. long. unversehrt zu bleiben pflegt. Nach 5 wöchentl. Behandlung mit dem const. Strom (absteigend) complete Heilung.

3. Chorea ex helminthiasi.

Mädchen von 15 Jahren. Bemerkenswerth ist, dass ein *deutliches Geräusch* an der Bicuspidalis, welches wiederholt gehört und in der Klink demonstrirt wurde, nach der ausschliesslich in Verabreichung von Anthelminticis und Laxantien bestehenden Cur gleichzeitig mit der Chorea *verschwand.*

4. Ein Fall von Paralysis ascendens acuta (Landry).

Der in mancher Beziehung bemerkenswerthe Fall ist lange und gut beobachtet. Hier kann er nur kurz skizzirt werden.

Kutscher von 36 Jahren. Vor 12 Jahren Intermittens, sonst stets gesund. Eine directe Ursache wird nicht angegeben.

1. Tag. Plötzliches heftiges und eigenthümliches Kältegefühl.

2. „ Anhaltende Kopfschmerzen, gegen Abend stärker. Auffallend müde.

3. „ Nachmittags heftige Schmerzen in beiden Beinen, besonders in den Kniegelenken; Schwäche in den Füssen so gross, dass er kaum gehen konnte.

4. „ Schwäche der Füsse dauert an. Nachmittags Ameisenlaufen in den Armen.

5. u. 6. Schwäche der Füsse wird intensiver.

8. „ Lippen starr und unbeweglich. Sprache schwierig und undeutlich. Oberextremitäten ungemein schwach. Morgens konnte er noch aufstehen, Nachmittags wurde dies unmöglich.

9. „ Brustschmerz, Athemnoth.

10. „ Complete Paralyse beider Faciales. Kann sich nicht mehr im Bett aufsetzen, nur noch den Kopf bewegen. Unter- und Oberextremitäten vollkommen paralytisch. Hautreflexe erhalten, Sehnenreflexe erloschen. Sensibilität in jeder Hinsicht ungestört. Gesichtssinn gestört; er erkennt wohl die Zeilen, kann aber Worte und Buchstaben nicht unterscheiden. Grössere Gegenstände erkennt er, auch der Farbe nach.

Ophthalmoscopisch nichts Abnormes zu constatiren. Stimmung gedrückt. Psyche intact.

Kein Fieber. Milz etwas vergrössert. (?)

Beginn der *Therapie:* Galvan. d. R..M. und der Extr. (absteigend) Starker Magnet am Nacken.

11. Tag. In den Beinen heftige Schmerzen. Paralysen des Gesichts und der Beine unverändert. Oberextremitäten leichter beweglich. Kein Fieber.
12. „ Stat. idem. Lesen unmöglich.
18. „ Abduction der Arme zum erstenmal möglich.
21. „ Oberextremitäten frei beweglich. Beine noch vollkommen gelähmt.
22. „ Besserung der Facialislähmung.
23. „ Beugung in beiden Kniegelenken möglich.
24. „ Pat. kann lachen, Nasolab.-Falte wieder vorhanden.
37. „ Steht ohne Hilfe auf.
40. „ Geht herum an Stöcken.
60. „ Verlässt völlig geheilt die Klinik.

Zum Schlusse noch eine Bemerkung. Die Publication des Berichtes ist ausserordentlich spät erfolgt und dadurch manche Bemerkung des Verf., die vor fast 2 Jahren niedergeschrieben ist, durch inzwischen erfolgte anderweitige Publicationen überholt. Vielleicht lässt sich bei den folgenden Berichten dieser sehr unangenehme Uebelstand vermeiden. Erlenmeyer.

---

534) **O. Berger** (Breslau): Ueber idiopathischen Zungenkrampf.
(Neurol. Centralblatt 1882. Nro. 3.)

Verf. theilt 2 Fälle dieser höchst seltenen Neurose mit. Der eine betraf die 28jährige Tochter eines Arztes, die nicht neuropathisch belastet, nicht hysterisch war. Die Krämpfe stellten sich plötzlich nach einer Dauer von 1—$1^1/_2$ Minuten langer Dauer ein, die Zunge wurde unwillkürlich und unbezwinglich mit grosser Gewalt und in rythmisch sich nachfolgenden Zuckungen (ca. 50—60 Mal in der Minute) nach vorn gestossen. Der Anfall dauerte 1—2 Minuten; nachher waren noch fibrilläre Zuckungen in der Zungenmuskulatur sichtbar. Eine Combination von Ferr. Chinin und Belladonna und eine Badekur in Landeck mit gleichzeitigem Trinken von Eisenwasser (die Kranke war anämisch) heilte die Affection vollkommen. Der andere Fall betraf einen 42jährigen Kaufmann, welcher klagte, dass ihm die Zunge plötzlich wider seinen Willen mit grosser Gewalt aus dem Munde heraus geschnellt würde, gewöhnlich nur mehrere Male hintereinander, aber auch zuweilen Nachts. Neuropathische Belastung ausgeschlossen, Ursache des Leidens nicht zu eruiren. Verf. ist geneigt, einen centralen — corticalen oder bulbären — Reizungszustand des Hypoglossus anzunehmen. Gleichzeitig erwähnt er einen idiopathischen *Cremaster-Krampf* bei zwei Männern von 44 resp. 56 Jahren, die durch subcutane Anwendung von Atropin einerseits und eine dreiwöchentliche Galvanisation (pos. Pol am Lendenmark, negat. am Scrotum) andrerseits geheilt wurden. Goldstein (Aachen).

---

535) **O. Berger** (Breslau): Ueber diabetische und nephritische Neuralgien. (Neurol. Centralblatt 1882. Nro. 6.)

B. sprach hierüber in der Breslauer medic. Section am 17. Febr. 1882 und hob hervor, dass es sich um echte Neuralgien handele, die eine Zeit lang das einzige Symptom der zu Grunde liegenden Krankheit bildeten, welch' letztere sich dadurch der Diagnose entziehe. B. beobachtete 21 Fälle, von welchen 12 dem Diabetes und 9 der Nephritis (es ist dabei die Schrumpfniere gemeint) angehörten. Bei allen Fällen wurde erst auf Grund der neuralgischen Beschwerden das eigentliche Leiden erkannt. Eigenthümlich sind die Spontaneität der Neuralgien, ihre Beschränkung auf einzelne Endäste des Plex. ischiad., die Neigung zu symmetrischer Verbreitung, die lange Dauer der Anfälle, das auffallende Hervortreten vasomotor. Erscheinungen im Gebiete der neuralgisch afficirten Nerven, die Resistenz gegen die gewöhnlichen Behandlungsmethoden, die Besserung durch antidiabetische Behandlung einerseits und tonisirendes Verfahren andrerseits. B. ist geneigt, die nephr. Neuralgien der Klasse der anämischen Symptome beizuzählen.

Goldstein (Aachen).

---

536) **O. Berger** (Breslau): Paralysis agitans. (Sep.-Abdr. aus der Real Encyclop. der ges. Heilkunde.)

Gleich die Eingangsworte charakterisiren trefflich die Krankheit: Die Schüttel- und Zitterlähmung ist eine Neurose sui generis, deren klinisches Syndrom sich aus einem ganz allmälich an Heftigkeit und Ausdehnung zunehmenden, unablässigen Zittern und einer Verlangsamung und Schwäche der willkürlichen Bewegungen, mit eigenthümlichen Muskelspannungen und pathognostischer Haltung des Körpers, zuweilen mit einer gewissen Form von Zwangsbewegung, zusammensetzt. Die Krankheit ist unheilbar und bisher ohne genau substantiirte anatomische Grundlage. Statistisch heben wir hervor, dass B. auf 6000 Nervenkranke 37 Fälle von Schüttellähmung, also 0,6% fand, ferner dass von diesen 37 Fällen der Beginn der Krankheit 34 mal — also in 91,8% — in die Zeitperiode von 40—70 Jahre fällt. Die Heredität kann, entgegen der fast allgemeinen Annahme, nicht ganz ausgeschlossen werden; B. fand dieselbe in 11,5%. Wir umgehen hier die nähere Schilderung der Symptome und bemerken nur die von der Norm abweichenden Ansichten und neuen Beobachtungen des Autors. Dazu rechnen wir, dass nicht selten die Muskelschwäche dem Zittern kürzere oder längere Zeit vorausgeht an denjenigen Körpertheilen, an welchen später der Tremor auftritt. Die eigenthümliche Schreibstellung der Hand fand Verf. auch bei nur mässiger Erkrankung; war die Aufmerksamkeit abgelenkt so trat die abnorme Stellung deutlich zu Tage. Mit Grasset und Apolinario behauptet B., dass das subjective Wärmegefühl durch eine Erhöhung der peripheren Temperatur bedingt sei. In zwei zur Obduction gekommenen Fällen kamen apoplectiforme Anfälle vor, wie sie bei multipler Sclerose häufig auftreten, was bisher nirgends erwähnt ist. Auch bei den Fällen des Verf.'s war der patholog. anatom. Befund überall ein völlig negativer. Bei der Therapie, die ja leider bei den

echten P. a. sich ganz erfolglos gezeigt, weist Verf. auf die Nervendehnung hin, die, trotzdem sein eigner Fall keinen bedeutenden Erfolg hatte, immerhin bei beschränkter Erkrankung und gutem Kräftezustand zu versuchen sei.

Dem Text sind 3 Figuren der eigenthümlichen Stellung der Hände (nach Ordenstein) und eine aus der eigenen Abtheilung des Verf.'s mit charackteristischem Gesichtsausdruck und pathognostischer Haltung des Kopfes und der Arme beigedruckt. Die Literatur ist sehr fleissig benutzt worden, so dass man ein übersichtliches, vollständiges Bild der Krankheit erhält. Goldstein (Aachen).

---

537) **Kümmell** (Hamburg): Dehnung des n. opticus. (Sitzungsber. des ärztl Ver. zu Hamburg. Jahrg. 1881. Sepabdr. a. d. D. M. Wochenschrift 1881. pag. 60.)

Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick der Dehnungen überhaupt, kommt Verf. auf die Dehnung des Nervus opticus zu sprechen und schlägt ein einfacheres Operationsverfahren als Wecker, der sie bisher beschrieben, vor. Indicationen zur Operation bieten die Fälle von langsam progressiv verlaufenden Formen der atrophischen Degeneration bei Abwesenheit aller entzündlichen Erscheinungen, namentlich bei Lues und Tabes, besonders, wenn die Amaurose noch nicht sehr weit vorgeschritten ist. Zu untersuchen ist jedenfalls noch, wie weit die Operation auf Gesichtsfelddefecte von Einfluss ist. Von den 3 ausführlicher mitgetheilten Fällen war der erste, der ein 9jähriges, an Spondylitis der Brustwirbel leidendes, seit 2 Jahren in Folge von Sehnervenatrophie erblindetes Mädchen betraf, ohne Erfolg; der zweite Fall betraf einen 44 Jahre alten Patienten, der seit $2^1/_2$ Jahren an allmählicher Abnahme des Sehvermögens (Atrophia n. opt.) wahrscheinlich in Folge von Lues, litt. Hier war der Erfolg für beide Augen sehr bemerkenswerth. Der dritte Fall bezog sich auf einen seit 3 Jahren an Tab. dors. leidenden, 45jähriger Mann, der links vollständig erblindet war und rechts Finger in $1^1/_2{}'$ Entfernung zählte. Besserung links = Null, rechts unbedeutend.

Goldstein (Aachen).

---

538) **Gautier:** Etude clinique sur l'absinthisme chronique.. (Klinische Studie über den chronischen Absinthismus. (Paris 1882. A. Delahaye. Le Progrés med. 1882. Nro. 27.)

Verf., ein Schüler von Lancereaux, übergeht die von anderer Seite C. Magnan, Challand, Lancereaux) genügend studirten und geschilderten Symptome des acuten Absinthismus und macht uns zunächst mit der Geschichte des chronischen Absinthismus bekannt, indem er interessante Details über die Absinthhäuser von Paris und Algier anführt. Er unterscheidet in dieser Beziehung 3 Kategorien.

1. Das Militär, welches sich in Algier das Absinthtrinken angewöhnt.

2. Die Pariser, welche zum grossen Theile aus den den höheren Industriezweigen angehörenden Arbeitern (Bijouterie- Elfenbeinarbeiter, Maler u. s. w.) bestehen.

3. Frauen, welche in ihrer unmässigen Lebensweise zum Absinth greifen.

Die Symptome dieser Krankheit sind fast aussschliesslich nervöser Natur: Psychische Störung, Characteränderung, Reizbarkeit, Aufregung, zuweilen Melancholie, Amnesie, Blödsinn. Das Delirium hat Aehnlichkeit mit dem alcoholischen Delirium; die Träume sind schreckhafter, Gesichts- und Gehörshallucinationen sind häufig. Man beobachtete bizarre Sensationen und excentrische, rheumatoide, nächtlich auftretende Schmerzen. Die Hyperästhesie ist die Regel, Anaesthesie Ausnahme (im Gegensatz zum gewöhnlichen Alcoholismus). — Das Zittern gleicht dem der Alcoholisten. Die epileptiformen Convulsionen gehören der acuten Intoxication an, doch können sie gelegentlich einnes neuen Excesses, oder einer intercurrenten Krankheit auftreten. Von Seiten des Magens Pyrosis und Schmerzen, selten Erbrechen. Die sexuelle Sphäre zeigt eine schnelle und vollständige Depression. Pathologisch-anatomisch ist das Vorkommen von Meningo-encephalitis unconstant und variabel, Atherienatherom kommt nicht vor. Man beobachtet Fettherz und Fettleber, aber nicht Lebercirrhose. Die Knochen sind fragil etc.

Verfasser führt die Krankengeschichten von 17 gut beobachteten Fällen an. Rabow (Berlin).

---

539) **William Goodell:** Clinical notes on the extirpation of the ovaries for insanity. (Klinische Bemerkungen über Castration der Frauen bei Irrsinn.) (American Journal of Insanity April 1882.)

Verf. (Professor der Gynäkologie) hält die Exstirpation der Ovarien bei Irrsinn, wenn derselbe mit der Menstruation in ursächlichem Zusammenhange zu stehen scheint, für ebenso berechtigt, als zur Behebung körperlicher Leiden. Einmal sei eine irrsinnige Frau, so wenig als ein Verbrecher, mehr ein Glied der politischen Gemeinschaft, zum Andern sei auch ihr Tod immer eine Erleichterung für die Familie, zum dritten sei durch die Operation nicht nur die Heilung wahrscheinlich, sondern die Frau sei auch verhindert, Nachkommenschaft zu erhalten, welche doch nur erblich disponirt sei. Verf. würde sich nicht wundern, wenn vielleicht in spätern Zeiten zu wirksamer Verhinderung der Ausbreitung der Geisteskrankheiten durch ein Gesetz die Castration jedes geisteskranken Mannes und jeder irrsinnigen Frau gefordert würde. Seine eigene Erfahrung in diesem Puncte besteht in vier Fällen, welche mitgetheilt werden.

Eine 38 jährige Frau war durch aufreibende Pflege ihres Kindes geisteskrank geworden. Zur Zeit der Menses, und einige Zeit vor und darnach hatte sie Hallucinationen und war gewaltthätig. In der Zwischenzeit war sie schlafsüchtig und „ass wie ein Bauer“. Nachdem die Krankheit mehrere Jahre in solcher Weise gewährt hatte, Patientin auch ohne Erfolg in verschiedenen Irrenanstalten gewesen war, wurde Verf. zu Rathe gezogen. Derselbe fand ausser einem etwas vergrösserten Uterus die linke Ovarialgegend empfindlich, sonst keine Abnormität. Er entschloss sich wegen der Erfolglosig-

keit der anderweitigen Behandlung zur Extirpation der Ovarien, welche am 23. November 1878 von der Vagina aus gemacht wurde. Die Operation und Nachbehandlung verliefen ganz günstig: es stellten sich aber wiederum Molimina menstrualia, begleitet von geistiger Störung, jeden Monat ein. Nach weiterem mehr als einjährigem Aufenthalte in einer Irrenanslalt war Patientin im Frühjahre 1880 endlich genesen und blieb es bis jetzt.

Bei der zweiten Patientin bestand chronische Oophoritis mit grosser Schmerzhaftigkeit; der Character der Kranken verschlechterte sich, sie hallucinirte zur Zeit der Menses und war nicht im Stande eine geordnete Unterhaltung zu führen. Pat. war dauernd bettlägerig. Hier war die Operation — es muste zum Vaginalschnitt wegen ausgedehnter Verwachsungen die Laparotomie hinzugefügt werden — unmittelbar von physischer wie psychischer Besserung und schliesslicher Heilung gefolgt.

Bei der dritten Kranken handelte es sich um eine Pubertätspsychose mit Exacerbationen zur Zeit der Menses. Nach der Operation bestand zwei Manate lang anscheinende Gesundheit, dann aber trat ein Rückfall ein, wenn auch nicht so hochgradig als früher. Verf. ist mit dem behandelnden Arzte der Ansicht, dass durch eine nachfolgende Behandlung in einer Irrenanstalt, wie in Fall I, wohl noch völlige Genesung erzielt worden wäre.

Die vierte Mittheilung soll nur als Beleg dienen für den Zusammenhang von geistiger Störung mit Ovarienerkrankung. Mit jedesmaligem Prolapsus des Ovariums traten Erscheinungen tiefer melancholischer Verstimmung ein und schwanden mit Behebung des ersteren.

(Ob Verfasser durch diese Mittheilungen viele Nachfolger unter Psychiatern finden wird? Referent bezweifelt es.)

Karrer (Erlangen).

---

540) **Zacher** (Heidelberg): Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. (Arch. f. Psych. XIII. 1. pag. 165.)

1. *Ein Fall von progressiver Paralyse mit dem Symptomencomplexe der spastischen Spinalparalyse ohne Affection der Seitenstränge.*

Die „spastischen" Symptome bestanden hauptsächlich in Steigerung der Sehnenreflexe, Muskelspannungen, Starre und Rigidität der Glieder, und schliesslich ausgesprochenen Contracturen in allen Extremitäten. — Da bei der Section sich die Seitenstränge als vollkommen intact erwiesen, nimmt Verf. an, dass die Erscheinungen von einer Störung in der Rinde ausgingen und zwar ist er geneigt, die auffallend starke *Degeneration der grossen Pyramidenzellen der motorischen Zone* dafür verantwortlich zu machen, die sich neben den gewöhnlichen Veränderungen bei Paralyse fand. Differentialdiagnostisch soll — wenn im Verlauf einer Paralyse spastische Symptome auftreten — das Bestehen erheblicher Sensibilitätsstörungen und ausgesprochener Contracturen auf Rindenursprung hinweisen. —

2. *Ein Fall von sog. Misch- und Uebergangsform der progressiven Paralyse und der multiplen Herdsclerose.*

Gemäss dem klinischen Bilde, das die Symptome der progr. Paralyse und der mult. Sclerose bot, ergab die Section die gewöhnl. paralytischen Gehirnveränderungen nebst — theils herdweisen theils diffusen sclerotischen Prozessen im Rückenmark.

Langreuter (Dalldorf).

---

541) **Carl Stenger** (Pankow): Die cerebralen Sehstörungen der Paralytiker. (Arch. f. Psych. XIII. 1. p. 218.)

I. Die Seelen- und Rindenblindheit.

1. Es giebt ein Rindencentrum für die Vorstellungen, für die Erinnerungsbilder der Gesichtseindrücke; nach seiner Zerstörung entsteht die *Seelenblindheit*, das Gesehene wird nicht mehr *verstanden*. In einer der angeführten 4 Krankheitsgeschichten heisst es: Pat. sieht Alles was in den Bereich seines Gesichtsfeldes kommt, ein Defect desselben ist nicht vorhanden; er verfolgt den Gegenstand nach allen Richtungen, nur fehlt ihm vollkommen das *Verständniss*. Der Kranke *sieht* ihm vorgehaltenes Feuer, eine Nadel, ein Glas Wein, aber er deutet erst diese Dinge richtig, wenn er den brennenden Schmerz des Feuers fühlt, wenn die Nadel sticht, und wenn der Wein seine Lippen benetzt. Einer der Pat. Stenger's hatte seinen Schuh verloren, er suchte denselben tastend auf dem Fussboden; er sah den in seinem Gesichtsfeld liegenden Schuh augenscheinlich, aber er erkannte ihn erst als solchen, als er ihn betastete.

2. Es giebt *Wahrnehmungscentren*, nach deren Verlust überhaupt nicht mehr gesehen wird. St. schlägt vor, dafür, statt Fürstner's Ausdruck „Rindenblindheit", lieber die ebenfalls in der Literatur vorkommende Bezeichnung „cerebrale Amaurose" zu gebrauchen. — Zwei Fälle werden angeführt: Die Patienten bewegten die offenen Augen hin und her, aber sie fixirten nicht, wurden auf kein auffallendes Object aufmerksam.

Die beiden erwähnten Störungen traten auf nach paralytischen Insulten, dauerten 4 Tage bis zu mehreren Wochen, wurden schliesslich nach häufiger Wiederholung des Anfalls — fortschreitend mit dem allg. Blödsinn — constant. Neben diesen Sehstörungen waren mehr oder weniger in den verschiedenen Fällen Sprach,- Gehörs- und Gefühls-Defecte vorhanden. Für den Zustand des Zerstörtseins des Vorstellungsvermögen aller Sinne gebraucht Vf. die Bezeichnung „Seelentod." St. kommt im Allg. zu gleichen Resultaten mit Fürstner. Als Sitz der Sehcentren nimmt er — hauptsächlich auf die Thierexperimente von Munk gestützt — die Rinde des Hinterhirns an. Seine Obductionsbefunde haben nach der Richtung keinen neuen Aufschluss gegeben. —

II. Die Hemianopsie.

Von den 3 Fällen *links*seitiger Hemianopsie (deren 2. später in totale Amaurose überging) liegen bei den 2 letzten Sectionsberichten vor: Einmal bestand exquisite Atrophie beider Hinterhauptlappen, besonders der Markmassen und zwar ausgeprägter *rechts*; das andere Mal Erweichung des *rechten* Scheitellappens und eines Theils des r.

Hinterhauptlappens mit secundärer Erweichung der zugehörigen Markmasse. – In allen 3 Fällen wurde trotz wiederholter paralytischer Insulte das Gedächtniss und das Vorstellungsleben auffallend wenig gestört. In dieser Thatsache sowie in dem Umstande, dass in den obengenannten Fällen (die sich durch Störungen im Vorstellungsleben auszeichneten) sofern sie zur Section kamen, vorzüglich die *linke* Grosshirnhälfte ergriffen war, ebenso wie in mehreren Fällen von Fürstner — sieht Verf. eine neue Stütze für die Annahme, dass *links* der Sitz des Bewusstseins und des Vorstellungslebens für alle Sinnesorgane zu suchen sei.

III. Die Gesichtshallucinationen.

Nach Beobachtung des Vf. sind Hallucinationen bei Paralytikern nicht so selten wie früher angenommen wurde. — In einem Falle traten im Verlauf einer Paralyse neben linksseitigen Reiz- und Lähmungserscheinungen deutlich constatirbare *halbseitige* Gesichtstäuschungen auf. Der Kranke sah eine bestimmte Anzahl von Händen, deren Farbe und Grösse er genau beschrieb, immer nur auf der linken Seite.

Langreuter (Dalldorf).

---

542) **Friedrich Moeller** (Heppenheim): Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irrsinn. (Arch. f. psych. XIII. 1. p. 188.)

Verf. thut zunächst durch Referirung der einschlägigen Literatur dar, dass, die Frage der Häufigkeit des Irreseins im kindlichen Alter zur Zeit weder durch die statistische Methode noch durch die klinische Beobachtung und durch die wissenschaftliche Reflexion befriedigend gelöst erscheint. Die Autoren differiren in der Methode ihrer Forschung (ob Anstaltsstatistik oder allgem. Volkszählung), in der Auffassung der Erkrankung (ob nur bleibende oder transitorische Störungen, welche letzteren gerade von Fachärzten am wenigsten beobachtet werden, zu rechnen seien) ferner in ihrer Meinung über die Aetiologie der Gleichgewichtsstörung in der Kindesseele.

Mit Rücksicht auf die bisher nur lückenhafte spezielle Symptomatologie der Psychosen im Kindesalter giebt M. 3 genau beobachtete Krankheitsfälle.

1. Ein 15jähriger unehlich geborener Bauernbursche, erblich sehr stark belastet, von lebhaftem Naturell, jähzornig und muthwillig, wurde von seinem Stiefvater hart behandelt, in Folge dessen sich allmählig eine grosse Gereiztheit gegen denselben ausbildete. Als der Knabe am 6. Dezember 1880 als Lehrling in eine Maschinenwerkstätte trat, musste er schon nach zwei Tagen wegen unbotmässigen Wesens und grossthuerischer Reden entlassen werden. Zu Hause wieder eingetroffen, war er sehr unruhig, schlief schlecht, äusserte kindisch, Grössenwahnideen, war heiterer Stimmung, nur gegen seinen Stiefvater feindliche den er sogar in lebensgefährlicher Weise angriff. Am 14. Dezbr. erfolgte die Aufnahme des Knaben in die Heppenheimer Anstalt. Körperlich keine Abnormitäten. Geschlechtstheile infantil. 3 Tage hindurch war das Krankheitsbild dem einer Manie entsprechend, schlug dann in eine nur 1 Tag anhaltende Depression mit kleinmüthiger Stimmung um. Von da an war das Verhalten ein schwankendes: bescheidenes sachgemässes Verhalten wechselte mit Perioden krankhafter Selbstüberschätzung und heiterer Stimmung. Die besseren Zeiten

nahmen allmählig an Intensität und Dauer zu, der Knabe fing an sich regelmässig zu beschäftigen und konnte am 22. Mai 1881 als geheilt entlassen werden. Körpergrösse hatte um 5 Ctm., Gewicht um 10 Kgr. zugenommen; Pubertät war noch nicht eingetreten.

2. M. E., Taglöhnerstochter geb. 1867, ohne erhebliche erbliche Belastung war in der Jugend gesund, zeigte gute Anlagen, hatte ein lebhaftes Temperament. („Wild, witzig, auf der Strasse und beim Spiel ausgelassen, ungenirt bis zur Frechheit.") In ihrem 12. Lebensjahre traten bei der Pat. Choreaartige Bewegungen in den untern und obern Extremitäten auf, die sich im Verlaufe zweier Jahre verloren. 1/2 Jahr nach dem Auftreten dieses »Nervenzuckens" (10. Febr. 1880) wurde die Kranke plötzlich Nachts von heftiger Angst heimgesucht, sie hörte Jammergeschrei, behauptete, dass dasselbe von ihrem Vater und Bruder herrühre, sah Verfolger. Allmählig bildete sich ein systematischer Verfolgungswahn aus, mit dem bald Grössenwahn combinirt wurde (Unterirdische Reichthümer, Königskrone etc.) Zugleich stellten sich eigenthümliche Schlafzustände ein, in die die Pat. zu jeder Tages- und Nachtzeit, in jeder Situation verfallen konnte. Der Schlaf war mehr oder weniger tief, oft waren die Reflexe bis auf Spuren verschwunden. Während der Beobachtung in der Heppenheimer Anstalt veränderte sich das Krankheitsbild wenig, auch nicht bei Eintritt regelmässiger Menstruation. Meistens bestimmten die Grössenwahnideen die Handels- und Sprachweise der Patientin, der Gedankengang blieb ein logischer. Vorübergehend gab sie auch das krankhafte ihrer Ideen zu, war durch Versprechungen entlassen zu werden, zu einem sachgemässeren Verhalten zu bewegen. — Zur Zeit des Schlusses der Beobachtung (März 1881) bestanden ausser Chlorose keine körperlichen Abnormitäten. — (Hysterie? Ref.)

3. M. Müller, 8 jähriges*) Bauernmädchen, erblich belastet, erkrankte im Juli 1877 psychisch nach überstandenem Scharlach mit Delirien. Das Kind wurde scheu, verschlossen, sprach nicht freiwillig, verweigerte die Nahrung, hatte Angstzustände und schreckhafte Hallucinationen, lief von Hause fort, machte mehrmals Selbstmordversuche. Das geschilderte Verhalten wurde besonders im elterlichen Hause beobachtet, bei andern Leuten verhielt sich die Pat. nahezu normal. — In der Anstalt bestand das scheue Wesen fort, wirkliche Angstanfälle kamen nur beim Besuche der Eltern zum Ausbruch. Entlassung am 18. Novbr. 1877 nachdem sich der Zustand gebessert. — Die letzte Spur geistiger Störung trat erst im Frühjahr 1878 zurück, und war an dem Kinde nur ein leicht erregbares Wesen zu bemerken. Langreuter (Dalldorf).

---

543) **Ingels** (Gent): Statistique médicale de l'Hospice - Guislain pour l'année 1881. (Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique. Nro. 25. Année 1882. (2e fascicule.)

Am 1. Januar 1881 zählte die Anstalt 492 und am 31. Decbr. 1881 489 Kranke. Unter diesen befanden sich 31 sogenannte Pensionaire; die übrigen wurden auf Kosten der Gemeinden verpflegt.

Aufgenommen wurden 72 Kr. (gegen 91 im Vorjahre). Wegen Mangels an Platz mussten neue Aufnahmen vielfach zurückgewiesen werden.

---

*) Vielleicht ist die Altersangabe irrthümlich, da Verf. später angiebt, dass das Kind mit gleichaltrigen Schülerinnen nicht auf der gleichen Stufe gestanden habe, aber mit *10 jährigen* Kindern in befriedigender Weise vorwärts käme.

Entlassungen fanden 39 statt; darunter 13 Heilungen und 4 erhebliche Besserungen. 19 gingen ungeheilt hinaus. Bei den geheilten Fällen hatte die Krankheit noch kein volles Jahr bestanden und das 20. bis 30. Lebensjahr sich am meisten vertreten gezeigt (in 9 Fällen). *Todesfälle*: 36. Da im Laufe des Jahres 564 Kranke behandelt wurden, so ergiebt dies eine Mortalitätsziffer von 6,38 pro Cent. Autopsien konnten nur 6 gemacht werden.

Was die Therapie betrifft, so kommen die Narcotica, Opium und seine Derivate, Belladonna, Hyoscyamus, Chloral, Digitalis, Bromkalium vielfach in Anwendung. Auch die electrische Behandlungsmethode fand zuweilen Beachtung. Die Bäder nahmen unter den Heilmitteln die erste Stelle ein. Die Douche bekamen als Strafmittel (douches disciplinaires) 30 Kranke zu kosten. 4 Kranke wurden in die Zwangsjacke gesteckt. Erwähnt wird auch noch die (wenn auch nicht häufige) Anwendung von ledernen Handschuhen, Fussbändern, Riemen etc.

321 Kranke ($^3/_4$ des Bestandes) konnten zur Arbeit angehalten werden.

Es fanden häufig Spaziergänge, Feste, Concerte, Zaubervorstellungen u. s. w. statt.

Zum Schluss enthält der Bericht eine Tabelle, welche in übersichtlicher Weise den Verpflegungsmodus explicirt.

Rabow (Berlin).

III. Vereinsberichte.

I. Société de Biologie.

Sitzung vom 29. Juli 1882. (Le Progrès med. Nro. 31.)

Physiologie du phrénique.

544) **Henocque** hat in Gemeinschaft mit **Eloy** weitere Untersuchungen über den Nervus Phrenicus angestellt und festzustellen versucht, welches die Action der einzelnen Wurzeln sei. Am Meerschweinchen ausgeführte Durchschneidungen führten zu dem Ergebniss, dass Durchschneidung der oberen Wurzeln der beiden Phrenici die Muskelcontraction des Diaphragma vermehrt und die Thätigkeit der Respiration erhöht. Werden dagegen die untern Wurzeln durchschnitten, so tritt Abschwächung der Zwergfellsthätigkeit und des Athmungsrhytmus ein.

Bourneville und **Gilles de la Tourette** berichten über 3 Fälle von sporadischem Cretinismus. Dieselben sollen später ausführlich berichtet werden.

Sitzung vom 5. August 1882. (Le Progrès med. Nro. 32.)

Hysterische Contractur durch Application von Metall geheilt.

545) **Chantemesse** berichtet über ein 15 jähriges Mädchen, das seit 9 Monaten an einer hysterischen Contractur litt und das, nachdem alle anderen Behandlungsmethoden vergeblich angewendet worden, durch Anlegung von Metall von seinem Leiden befreit worden ist. Die Contractur befand sich an der linken Hand und war von peinlichen Sen-

sationen und Schmerzen begleitet. Es existirte ausserdem vollständige Hemianästhesie linkerseits. — Gold, Silber, Zinn, Platin, Zink, Kupfer hatten keinen Einfluss auf die Contractur und Anästhesie. Es wurde nun um den linken Vorderarm ein Armband von Stahl gelegt. Einen Tag darauf war die Contractur gänzlich verschwunden. Die Störungen der Sensibilität bestanden fort. — Etwa 40 Stunden nach Abnahme des Armbandes erscheint die Contractur wieder, weicht aber sofort einer erneuten Application des Metalls.

Metallotherapie.

546) **Dumontpallier** macht darauf aufmerksam, dass während des somnambulischen Zustandes eine ganz besondere Sensibilität für gewisse Metalle existirt, welche während des Wachens fast ganz latent ist. So hat er einen Kranken beobachtet, der jedes Mal entsetzlich schrie, sobald man in seinem Somnambulismus seiner Hand einen *kupfernen* Knopf nahe brachte.

II. Société médicale des hôpitaux.

(Sitzung vom 18. Juli 1882. (Le Progrès med. Nro. 31.)

547) **d'Heilly** demonstrirt den linken Hirnlappen eines *aphasischen Individuums,* das bei Lebzeiten an Symptomen gelitten, die als *Wortblindheit und Worttaubheit* bezeichnet werden.

Es handelt sich in diesem Falle um eine junge tuberculöse Frau, welche plötzlich ohne Lähmung der Motilität und Sensibilität aphasisch wird. Sie sieht und hört, aber sie scheint nicht zu verstehen, was sie liest und hört. Sie verfügt über einen sehr beschränkten Wortschatz, ohne das den Aphatischen eigene ungeduldige Wesen zu zeigen.

In Folge der fortschreitenden Lungentuberculose tritt der Tod ein. Bei der Autopsie wird die Brocasche Windung unversehrt gefunden. Dagegen zeigt sich eine oberflächliche Erweichung, welche den untern Parietallappen und die hintere Partie der ersten Temporalwindung einnimmt. Der Herd befindet sich nur an der Rinde. Der vierte Ast der Arteria Fossa Sylvii ist durch ein Blutgerinsel verstopft.

III. Académie de Médecine.

Sitzung vom 8. August 1882. (Le Progrès med. Nro. 32.)

548) **A. Voisin** hält einen Vortrag über *Selbstmordgedanken* und glaubt sich berechtigt, den Suicidalgedanken und den Trieb zum Selbstmord in einem Gebiet der Hirnrinde zu localisiren, welches den mittleren und inneren Regionen der Gehirnsphären entspricht. Indem er genauer präcisirt, kommt er auf die innerste Schicht der Frontal- und der ersten und zweiten Parietalwindungen und auf die Parietallappen.

Die Rapidität der impulsiven Handlungen sei ein Beweis für die nahe Beziehung zwischen der Idee und der äussern und unbewussten Manifestation und dafür, dass die psychischen und motorischen Centren in ein und derselben Partie der Hirnrinde ihren Sitz haben.

Rabow (Berlin).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

549) Aus Eisenach. Die hier versammelten *deutschen Irrenärzte* (cca. 160) haben, unter dem Vorsitz des Geh.-Rath Nasse (Bonn), beschlossen, den Reichskanzler zu bitten, zu veranlassen, dass die *Psychiatrie in die ärztliche Prüfungsordnung aufgenommen* werde. Ferner wurde beschlossen, die Bundesregierungen zu ersuchen, auf die Pflege *geisteskranker Sträflinge* ihr Augenmerk zu richten. An das bezügliche Referat des Geh.-Rath Zinn (Eberswalde) knüpfte sich eine längere Debatte, welche zu folgenden Beschlüssen führte: 1) die deutschen Bundesregierungen zu ersuchen, Vorsorge zu treffen, dass bei acut auftretenden und verlaufenden Formen von Geistesstörung bei Untersuchungs- und Strafgefangenen in den Strafanstalten eine angemessene psychiatrische Behandlung eintrete; dass sie bei Vorbereitung des Reichsgesetzes, Vollstreckung von Freiheitsstrafen betreffend, die Regelung der Fürsorge für geisteskranke Strafgefangene in entsprechender Weise erstreben, vorher aber schon Anordnung treffen möge, dass die gemeingefährlichen geisteskranken Verbrecher von den Irrenanstalten fern gehalten werden; 2) den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, veranlassen zu wollen, dass in dem Gesetz über Vollstreckung der Freiheitsstrafen die Fürsorge für die öffentliche Sicherheit mit der für die Irrenpflege entsprechend geregelt werde; das kaiserliche Gesundheitsamt anzuweisen, zu diesem Zwecke entsprechende Ermittelungen anzustellen und sich auf Grund derselben gutachtlich zu äussern.

550) Aus Königsberg. Die von dem Provinzialausschuss ernannte Commission, welche das Mandat hat, auswärtige *Irrenanstalten* zu besuchen, um deren Einrichtungen kennen zu lernen, hat ihre Reise angetreten. Als ärztliches Mitglied nimmt Theil an derselben der Irrenanstaltsdirector Dr. Jensen (Allenberg). Die Commission wird die bedeutenderen öffentlichen Irrenanstalten in Deutschland, Oesterreich, Frankreich und Belgien in Augenschein nehmen.

551) Aus Berlin. Prof. Eulenburg, bisher an der Universität Greifswald, siedelt zum 1. October d. J. nach Berlin (Hindersin-Str. 11 a) über, wo derselbe, wie früher, docirend und practicirend, und zwar vorzugsweise auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten und Electrotherapie thätig sein wird.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk (Posen) II. Assistenzarzt, baldigst. 2000 M., freie Station. 2) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), Zweiter Arzt, Gehalt 3600 Mark, Familienwohnung mit Heizung, Beleuchtung und Garten. Kenntniss der französischen Sprache. Antritt baldigst. Meldungen an den Kais. Herrn Bezirkspräsidenten von Lothringen in Metz bis 1. October. 3) Die Kreisphysicate Borken, Gnesen, Fulda, Geilenkirchen, Münsterberg (Breslau).

Besetzte Stellen. Sachsenberg 2. Assistenzarzt Herr Dr. Wessel.

Ehrenbezeugungen. San.-Rath Dr. Rosenthal, Kr.-Phys. zu Rosenberg, Reg.- und Med.-Rath Dr. Strahler zu Bromberg, Reg.- und Med.-Rath Dr. Rockwitz und Med.-Rath Dr. Krause zu Kassel, erhielten den Rothen Adlerorden IV., San.-Rath Dr. Jacobi, Director der Prov. Irrenanstalt zu Bunzlau zum Geheimen San.-Rath, Dr. Lissner, Kreis-Phys. zu Kosten, Dr. Friedländer in Breslau, Dr. Creutz, Kreis-Phys. zu Eupen, Dr. Fohr zu Eltville, zu Sanitätsräthen.

Versetzt. Kreisphys. Dr. Tenholt zu Bocholt ist aus dem Kreise Borken in den Kreis Nordhausen versetzt.

Ernannt. Dr. Heidelberg zu Reichenbach zum Kreis-Phys. daselbst. Docent Dr. Karl Laufenauer in Budapest zum ausserordentlichen Professor der Psychiatrie daselbst.

Berichtigung. Dr. Guder ist Assistenzarzt an der Univ.-Klinik zu Leipzig, nicht zu Halle a./Saale.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. | 15. October 1882. | Nro. 20.

INHALT.

I. Originalien.

Ueber einen Fall nucleärer Augenmuskellähmung.

Von Dr. P. J. MÖBIUS.

Herr K., ein 29 jähr. Lehrer wurde mir am 13. Juni 1882 von Herrn College P. Schröter wegen einer wahrscheinlich centralen Sehstörung zugeschickt. Derselbe gab an, er stamme aus gesunder Familie, sei in der Jugend gesund gewesen, habe im 17. Jahre eine Leistendrüsenentzündung durchgemacht, der kein Beischlaf vorausgegangen sei, habe seitdem keine ernste Krankheit gehabt. Nur im October 1881 habe er 5 Tage lang an Doppeltsehen gelitten. (Nach

Dr. Schröter's Angabe bestand damals eine doppeltseitige Abducenslähmung, welche ohne eingreifende Behandlung schwand.) Sein gegenwärtiges Augenleiden, welches am 9. Juni begonnen hatte und in der Unfähigkeit in der Nähe zu sehen, seit einigen Tagen auch in Doppeltsehen bestand, gab er dem Aerger und der Anstrengung des Berufes schuld. Er habe in letzter Zeit sich viel und lebhaft geärgert, wie er denn von reizbarem Temperament sei, und habe oft in folgedessen an heftigen Kopfschmerzen, welche jedoch seit einiger Zeit verschwunden seien, gelitten. Eine syphilitische Ansteckung stellte er auf das Entschiedenste in Abrede.

Der Pat. war ein mittelgrosser kräftiger Mann mit wenig Fett und etwas schlaffer blasser Haut. Ausser der Augenstörung fand sich wenig Krankhaftes. Kopf und Wirbelsäule waren weder auf Druck noch auf Klopfen empfindlich. Motilität und Sensibilität waren überall normal. Die Hautreflexe waren von mittlerer Stärke, das Kniephänomen beiderseits mässig lebhaft. Die Hirnnerven functionirten mit Ausnahme des 3. gut: Geruch und Geschmack waren normal, der Hörnerv bei galvanischer Reizung nicht hyperästhetisch, beide Gesichtshälften waren gleich kräftig innervirt, die Zunge, welche stark rissig war (ähnlich wie bei Vater und Bruder), wurde gerade und ohne Zittern vorgestreckt, der etwas geröthete Gaumen reagirte beim Phoniren kräftig. Nirgends fanden sich geschwollene Lymphdrüsen, nirgends Ausschlag oder Narben. Nur in der rechten Leistengegend sah man eine alte Narbe und das frenulum praeputii fehlte. Lunge und Herz schienen gesund zu sein. Der Urin war frei von abnormen Bestandtheilen.

Auf beiden Augen bestand Lähmung der Accommodation. Die rechte Pupille war weiter als die linke, beide reagirten auf Lichteinfall. Die Bewegungen des linken Bulbus waren frei, der rechte dagegen blieb beim Blick nach links zurück und war in der Ruhe etwas nach aussen abgelenkt. Amblyopie bestand nicht, der Augenhintergrund war nach Dr. Schröter's Aussage normal.

Am 14. Juni war die Lähmung des rechten Rectus int. etwas stärker, auch die linke Pupille war erweitert. Der Gang des Pat. war, wie er meinte wegen der Doppelbilder, etwas unsicher, bei Augenschluss aber trat kein Schwanken ein und Beuge- wie Streckbewegungen der Beine waren kräftig. Kopfschmerzen oder sonstiges Uebelbefinden waren nicht vorhanden.

Am 16. Juni hatte sich das Bild beträchtlich verändert. Rechts bestand schwache aber deutliche Ptosis, complete Lähmung des Rectus int., Schwäche des Rectus sup., inf. und Obliquus inf. Die Rotation beim Blick nach unten trat ein, beim Blick nach rechts erreichte der Bulbus den äusseren Augenwinkel. Links war der Rectus int. schwach, das obere Lid hing ein weniges, im übrigen functionirten die Muskeln gut. Die Pupillen waren jetzt beide erweitert, sodass etwa ein 2 Mm. breiter Saum der Iris übrig blieb. Die rechte Iris reagirte auf Lichteinfall, die linke nicht. Die Accommodationslähmung bestand

unverändert. Beim Sehen hielt Pat., um die Doppelbilder zu unterdrücken, das rechte Auge zu. Er klagte über allgemeine Schwäche und Flimmern vor beiden Augen. Die Sprache hatte einen näselnden Beiklang, der Gaumen war schlaff, stand links etwas tiefer als rechts und bewegte sich beim Phoniren und bei Berührungen nur träge. Der Gang war sehr unsicher, fast taumelnd. Das Kniephänomen war beiderseits sehr lebhaft.

Am 17. Juni war die Sprachstörung stärker, die Augenstörung nicht wesentlich verändert. Das Augenflimmern war weg. Pat. klagte über Unbequemlichkeit beim Trinken.

Am 18. bemerkte Pat., dass er das linke Bein nur mit Mühe bewegen konnte, dasselbe zeigte eine schlaffe Parese; das Kniephänomen fehlte links. Hinter dem rechten Gaumenbogen sah man jetzt ein flaches Geschwür mit grau-weissem Belage; auch auf der Zunge hatten sich einige flache Geschwüre gebildet. Die Oculomotoriuslähmung war jetzt nahezu complet. Die Convergenzbewegungen waren ganz aufgehoben, in der Ruhe bestand leichter Strabismus divergens. Am linken Auge functionirte der Abducens gut, rechts erreichte der Bulbus beim Blick nach rechts nicht den äusseren Augenwinkel, sondern blieb etwas von ihm entfernt mit nystagmusähnlichen Zuckungen stehen. Die Bewegung nach oben und unten war nur links in minimaler Weise möglich. Die Ptosis hatte seit dem 16. keine Fortschritte gemacht.

Da eine regelrechte Inunctionskur nöthig erschien, wurde Pat. am 19. Juni in das städtische Krankenhaus abgegeben. Die folgenden Notizen sind der dort geführten Krankengeschichte entnommen. Der behandelnde Arzt, College Dr. Lenharz hat sie mir mit Bewilligung des H. Geheimrath Wagner freundlichst überlassen.

Am 19. wurde leichte Prominenz der Bulbi notirt. Beide Abducentes waren jetzt geschwächt, sodass beiderseits der Bulbus den äusseren Augenwinkel beim Seitwärtsblicken nicht erreichte, links jedoch fehlten die Oscillationen. Die Bewegungen nach oben und unten waren fast ganz aufgehoben. Die Rotation war ziemlich normal. Pat. gab übrigens jetzt zu, dass er 1877 ein ulcus penis gehabt habe, dasselbe sei mit Höllenstein behandelt worden.

Am 21. war die Ptosis links stärker. Auch das rechte Bein war paretisch und hatte kein Kniephänomen.

Am 22. stand der rechte Bulbus vollkommen unbeweglich genau in der Mittellinie. Der linke konnte nur eine schwache Rotation und eine geringe Bewegung nach aussen ausführen. Beide Beine waren gelähmt.

Am 23. waren rechts die Stirnfalten verstrichen, die rechte Wange war schlaff und bei Bewegungen blieb die rechte Gesichtshälfte hinter der linken zurück. Beide Pupillen waren jetzt gleichmässig weit und starr, nur links bestand noch schwache Reaction. Sprache sehr undeutlich.

Am 24. klagte Pat. über Schmerzen im linken Auge und Thränenträufeln, besonders Nachts. Die Conjunctiva war injicirt. Bulbus vorgetrieben.

Am 25. complete Ptosis links, leichtes Oedem des Lides. Die Besserung begann: das linke Bein etwas kräftiger, an der rechten Pupille Spur von Reaction.

Am 27. deutliche Besserung. Pat. zog beide Beine kräftig an, wenn auch die Streckbewegung noch schwach war. Am rechten Auge zeigte sich etwas Beweglichkeit im Rectus int. und inf., die Pupille reagirte leidlich. Links fungirte der Abducens nahezu normal, die Ptosis war geringer. Die Facialisparese hatte abgenommen. Von der Zunge stiess sich das Epithel in Fetzen ab.

Am 28. war das Kniephänomen wieder da.

Am 2. Juli war es sogar lebhaft, Pat. konnte wieder stehen. Rechts fungirten Rectus int. und inf. leidlich, die Pupille war kleiner geworden und reagirte gut. Links keine Veränderung. Allmählich fortschreitende Besserung.

Am 22. Juli befand Pat. sich wohl, war gut auf den Beinen und hatte nur noch über Diplopie zu klagen. Am 4. August sah Pat. wieder einfach. Die Ptosis war verschwunden. Die linke Pupille war weiter als die rechte und reagirte weniger gut. Auf Eserin verengten sich beide gleichmässig.

Am 22. August wurde Pat. aus dem Krankenhaus entlassen. Er hatte im Ganzen 240 gr. Ung. hydr. cin. verbraucht.

Am 24. stellte er sich mir wieder vor. Ich notirte: beide Pupillen etwas über mittelweit, rechte etwas weiter als linke, linke reagirte gegen Licht träger als rechte. Keine Doppelbilder. Pat. konnte mit beiden Augen lesen, doch schien die Einstellung des linken Auges für verschiedene Entfernungen noch einige Schwierigkeit zu machen. Beim Seitwärtsblicken erreichte jederseits die Cornea den äusseren Augenwinkel nicht ganz, sondern blieb vor ihm zuckend stehen. Das Kniephänomen war normal. An der Sprache war nichts auffallendes mehr zu bemerken.

Pat. ging auf's Land mit der Weisung, noch durch einige Wochen Jodkalium zu nehmen. —

Der soeben erzählte Fall scheint mir wegen des Ganges der Oculomotoriuslähmung bemerkenswerth zu sein. Erst auf beiden Augen Accommodationslähmung, dann rechts Lähmung des Sphincter Iridis und Rectus int., dann auch links Sphincterlähmung, rechts erst Schwäche dann Lähmung der Recti sup. und inf., des Levator palp. sup. und des Obliquus inf., schliesslich auch links Lähmung des Rectus int. und der übrigen Oculomotoriusmuskeln. Zur Lähmung des III. Hirnnerven gesellte sich dann Parese des VI., vorübergehend wohl auch des IV. und des VII. rechts. Mit aller Bestimmtheit kann man meines Erachtens in diesem Falle die Diagnose auf eine Läsion des Oculomotoriuskernes, resp. seiner Umgebung stellen. Als der Kranke mit nahezu completer Augenlähmung ins Krankenhaus kam, hätte man freilich auch eine Läsion der Nervenstämme an der Basis cerebri annehmen

können. Kannte man aber die Entwickelung der Lähmung, so wurde eine solche Annahme ohne Weiteres hinfällig. Eine primäre Läsion des Wurzelgebietes allein war im Stande, ein solches Nacheinandererkranken der einzelnen Oculomotoriusfasern zu erklären.

V. Hensen und C. Völckers (Ueber den Ursprung der Accommodationsnerven nebst Bemerkungen über die Function der Wurzeln des Oculomotorius. Arch. f. Ophthalmol. XXIV. 1. Abth. S. 1. 1878) fanden am Hunde, dass der hintere Theil des Bodens des 3. Ventrikels und der Boden des Aquaeductus Sylvii reizbar ist, die einzelnen Abschnitte innig mit den einzelnen Bewegungen des Auges zusammenhängen. Reizung des vordersten Abschnittes gab Accommodation, die des folgenden Iriscontraction, die des Grenztheils zwischen 3. Ventrikel und Aquäduct Contraction des Rectus int., dann folgten der Reihe nach Rect. sup., Levator palp. sup., Rectus inf., endlich Obliquus inf.

Dass die Anordnung des Oculomotoriuskernes beim Menschen der beim Hunde gefundenen zum mindesten sehr ähnlich ist, haben O. Kahler und A. Pick (Arch. f. Psych. etc. X. S. 334, 1880 und Zeitschr. f. Heilkunde II. 4. 1881) an 2 Fällen partieller Läsion des Oculomotorius-Wurzelgebietes nachgewiesen. In beiden Fällen waren Accommodation und Irisfunction intact gewesen, in beiden waren die vorderen Wurzelbündel unversehrt geblieben. Bei dem einen waren Levator palp. sup., Rectus sup. und Obliquus inf. gelähmt gewesen, hier waren die hinteren (lateralen) Wurzelbündel zerstört, in dem andern war der Rectus int. gelähmt und die medialen Wurzelbündel zerstört. Aus diesen Sectionsbefunden ergiebt sich mit Sicherheit, dass die vordersten Abschnitte des Occulomotoriuskernes beim Menschen, resp. die vorderen Wurzelbündel, der Accommodation und Iriscontraction vorstehen, die hinteren Abschnitte des Kernes, resp. hinteren Wurzelfasern, die äusseren Augenmuskeln innerviren. Es ergiebt sich ferner, dass der Rectus int. den anderen Muskeln gegenüber eine gewisse Selbstständigkeit besitzt. Insofern stimmen Kahler und Pick ganz mit Hensen und Völckers überein. Nur schliesst sich bei diesen der Kern des Rectus int. direct an das Iriscentrum an und folgen die übrigen Muskelkerne in sagittaler Richtung, während jene die medialen hinteren Partien dem Rectus int (resp. inf.) reserviren, die lateralen hinteren Partien dem Levat. palp., Rect. sup. und Obliquus inf.

Halte ich meinen obigen Fall mit den Resultaten der experimentellen und der pathologisch-anatomischen Untersuchung zusammen, so bin ich genöthigt in jenem einen patholog. Process anzunehmen, der von vorn nach hinten sich ausbreitend und am Boden des 3. Ventrikels beginnend zuerst das Centrum der Accommodation, dann das der Iris, des Rect. int. und schliesslich die Centra der übrigen äusseren Augenmuskeln ergriff. Im weiteren Verlaufe wurden das linke Trochleariscentrum (das rechte scheint freigeblieben zu sein), beide Abducenscentra und das rechte Facialiscentrum in offenbar oberflächlicher Weise afficirt, indem der Process sich bis in den 4. Ventrikel erstreckte. Auffallend sind die geringe Betheiligung des Levator palp.

sup. und die frühzeitige Gaumenlähmung. Ob die Nervenkerne selbst oder die von ihnen ausgehenden Wurzelfasern erkrankt waren, ist begreiflicher Weise nicht zu entscheiden. Eine derartige Unterscheidung wäre wohl nur für den Abducenskern möglich, da hier bei Kernläsion mit der Abducensparalyse eine Parese des contralateralen Rectus int. bei binocularer Prüfung vorhanden zu sein pflegt. Natürlich fällt dieses Merkmal weg, wenn schon vorher Lähmung des Rectus int. bestand. Es wird durch unsern Fall daher auch betreffs der Heilbarkeit von Kernerkrankungen nichts entschieden.

Ueber die histologische Natur des Processes dürfte nichts zu sagen sein. Die wenigen Sectionsbefunde, welche in Frage kommen, können in dieser Hinsicht schwerlich beigezogen werden. Am ehesten könnte man wohl an eine acute Encephalitis denken. Wernicke (Lehrbuch der Gehirnkrankheiten II. S. 229 ff.) hat 3 Fälle von „Poliencephalitis superior“ beschrieben. Bei denselben fand sich eine entzündliche rothe Erweichung am Boden des 3. Ventrikels und des Aquaeductus Sylvii. Die Herdsymptome bestanden in progressiver Augenmuskellähmung, daneben aber bestanden sonstige schwere Hirnsymptome, Schlafsucht etc., und Fieber. 2 der Pat. litten gleichzeitig an Delirium tremens. Der Tod trat nach 10—14 Tagen ein. Ob in meinem Falle ähnliche Veränderungen leichterer Art anzunehmen sind, bleibe dahingestellt.

Die im Verlauf der Krankheit eintretende Paraplegie würde man ohne weiteres auf eine Affection der Hirnschenkel beziehen, wenn nicht nach ihrem Eintritt das Kniephänomen verschwunden wäre. Letzter Umstand nöthigt wohl eine spinale Störung anzunehmen. Bemerkenswerth ist, dass bei einem der Wernicke'schen Kranken, welche ebenfalls Lähmungserscheinungen der Beine zeigten, das Kniephänomen fehlte (es konnte allerdings nur auf einer Seite untersucht werden). Hier erschien bei der Section das Rückenmark gesund.

Fälle von Augenmuskellähmungen, welche wahrscheinlich auf einer Läsion der Kernregion beruhen, sind neuerdings von Lichtheim (Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte XII. 1 und 2, 1882) einerseits, von Hutchinson (Medico-chirurg. Transact. LXII. 1879. S. 307) und Buzzard (Clin. Lectur. etc. pag. 180. 1882) andererseits mitgetheilt worden. In Lichtheim's Fall handelte es sich um eine stationäre doppelseitige Lähmung der meisten äusseren Augenmuskeln bei einem jungen, nichtsyphilitischen Mädchen. Hier wie bei den früher von A. v. Gräfe mitgetheilten und als Ophthalmoplegia progressiva bezeichneten Fällen waren das Freibleiben der Iris- und Accommodations-Muskeln, das Fehlen einer spezifischen Ursache, die Unheilbarkeit der Affection charakteristisch. Lichtheim nimmt eine systematische Erkrankung functionell verknüpfter Kerne an, welche ein Seitenstück zu der die tiefer liegenden Kerne der Oblongata ergreifenden progressiven Bulbärparalyse bildet. Letztere Parallele zieht auch Hutchinson, doch handelt es sich bei den meisten seiner Fälle um einen mehr diffusen und auch andere Hirntheile ergreifenden Process. Nur ein Fall H.'s (der 13.) kann dem Lichtheim's zur Seite gestellt werden,

doch bestand hier auch Parese der Trigeminus- und Facialismuskeln. Mag nun eine primäre Systemerkrankung, wie sie Lichtheim sich vorstellt, vorkommen oder nicht (Sectionsbefunde fehlen bis jetzt), so ist doch die Regel, dass die Erkrankung der Augenmuskelkernregion im Verlaufe der Syphilis auftritt. Von Hutchinson's 17 Fällen war bei 10 frühere Syphilis mit mehr oder weniger Sicherheit anzunehmen. Nur 5 Kranke waren Weiber, davon 2 Kinder, deren 1 sicher, das andere wahrscheinlich an hereditärer Syphilis litt. Von den übrigen 12 waren 11 Männer, ein Knabe mit hereditärer Syphilis. Lues war ferner vorhanden bei einem 54jähr. Locomotivführer mit nucleärer Augenlähmung, den Lichtheim erwähnt und bei einem Falle Alfred v. Gräfes. (Gräfe und Sämisch, Handbuch der Augenheilk. VI. 1, S. 73). Indessen sind die Beziehungen der nucleären Augenlähmung zur Syphilis nichts weniger als einfach und klar. Nur in der Minderzahl der Fälle bewies das Bestehen anderweiter syphilitischer Symptome und der eclatante Erfolg der spezif. Behandlung, dass die Krankheit im eigentlichen Sinn syphilitischer Natur sei. Dies war in meinem Falle zweifellos. In der Mehrzahl der Fälle jedoch trat die Augenlähmung sehr spät nach der Infection ein, anderweite Luessymptome bestanden nicht mehr und durch spezifische Behandlung wurde keine Heilung erzielt. Ich führe beispielsweise einige Fälle kurz an.

Hutchinson's Fall I. Im J. 1862. 52jähr. Mann mit Atrophia n. optici, doppeltseitiger Ophthalmoplegia externa (nur der Levator palp. sup. fungirte leidlich, rechts war der Abducens, links der Trochlearis gelähmt). 1834 Ulcus syph. ohne sec. Symptome. 13 Jahre später Beginn der Augenlähmung. 1863 Gaumenlähmung. 1864 Zustand wesentlich im Gleichen.

H.'s Fall V. 39jähr. Mann, vor 22 J. complete Lues; zuerst Lähmung aller Recti, der Iris und des M. ciliaris links, dann Amaurose derselben Seite; schliesslich derselbe Vorgang rechts; langsame Verschlimmerung bei spezif. Behandlung, nach 9 Jahren vollständige Blindheit, doch noch etwas Motilität einiger Recti; schiessende Schmerzen im Kopf; sonst gute Gesundheit.

Lichtheim's Fall II. 54jähr. Mann; vor 12 J. Syphilis; plötzliches Eintreten der Augenlähmung: links complete, rechts mässige Ptosis, Divergenz der Bulbi, rechts allein Trochlearis, links Abducens erhalten, Pupillen weit und starr, Accommodation erhalten; keine Hirnerscheinungen, vorher bestehende Kopfschmerzen schwanden mit Eintritt der Lähmung. Nutzlosigkeit spezif. Behandlung.)

Unwillkürlich fragt man sich, sollten in derartigen Fällen nicht spinale Tabessymptome vorhanden gewesen sein, so sehr erinnert das Krankheitsbild an das Verhältniss zwischen Lues und Tabes. Leider scheint nicht genauer auf Tabes untersucht worden zu sein. Die betr. Fälle stammen zum Th. aus einer Zeit, wo das Westphal'sche Symptom nicht bekannt war. Nichts destoweniger hat Hutchinson bei 6 seiner Fälle (II. III. VI.—IX.) Tabessymptome notirt: Ataxie, lanz. Schmerzen, Anästhesie etc. Neuerdings hat Buzzard 2 Fälle von

zweifelloser Tabes mit nucleärer Augenmuskellähmung (Ophthalmoplegia ext.) beschrieben, bei einem war Lues sicher vorausgegangen.

Zur Section gekommen sind bis jetzt 2 Fälle, 1 Hutchinson's (Nro. III.) und 1 Buzzard's. In letzterem konnte nur das Rückenmark untersucht werden (von Bevan Lewis). Ausser der typischen Hinterstrangerkrankung fand sich Atrophie des Facialis-Abducenskerns und der Abducensfasern mit zahlreichen erweiterten und verdickten Blutgefässen in der Umgebung. H.'s Fall ist kurz folgender.

Ein 46 jähr. Mann, der Lues leugnete, dessen älteste Tochter aber an Keratitis interstit. litt, bekam, nachdem er viel an „Rheumatismus“ und Schwindel gelitten, 1869 Lähmung des r. Abducens und der Accommodation. 1873 Paralyse beider Recti int., Parese aller andern Augenmuskeln, Pupillenstarre, Atrophia n. optici. Keine Besserung durch Hg. 1874 Gürtelgefühl, Anästhesie. Zunehmende Schwäche. Lähmung und Eiseskälte der Beine. Tod 1876.

Nur das Gehirn konnte secirt werden. Gowers fand: Graue Degeneration der Optici und Oculomotorii, die Fasern der letzteren im Hirnschenkel und ihre Kerne atrophisch, die Ganglienzellen fehlten z. Th., waren z. Th. deformirt. Vom Trochlearis war nichts zu sehen, auch sein Kern war degenerirt; partielle Atrophie des Trigeminus, totale des Abducens und seines Kernes. Intactheit der übrigen Hirnnerven. Die Veränderungen waren histologisch denen bei progr. Muskelatrophie analog.

Hutchinson meint, es sei zweifellos nicht selten die Ophthalmoplegia ext. ein Symptom der Tabes, *besonders wenn diese auf Syphilis beruhe.* Bei der Ungewissheit, welche jetzt noch über die Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis herrscht, ist sicher Reserve geboten. Bei dem unzweifelhaften Zusammenhange aber der Ophthalmoplegia progressiva sowohl mit der Syphilis als mit der Tabes gewinnt jene gerade mit Rücksicht auf die Tabes-Syphilis-Frage ein hervorragendes Interesse. —

II. Referate.

552) **C. Golgi**: Origine del Tractus Olfactorius e struttura dei Lobi olfattorj dell uomo e di altri mammiferi. (Ursprung des Tractus olf.)
(Rendic. Real. Ist. lombard. di sc. e. lett. Serie II. Vol. XV. fasc. VI.)

In der grauen Substanz des Lobus olf. fand Golgi Ganglienzellen von zwei verschiedenen Haupttypen, die sich hauptsächlich durch das Verhalten ihres Nervenfortsatzes unterscheiden. Bei den Zellen der ersten Kategorie zerfällt der genannte Fortsatz bald vollständig in sehr zahlreiche feine Fibrillen, welche zur Bildung jenes zarten, dichten Netzwerkes beitragen, das sich in der ganzen Breite des grauen Stratums vorfindet. — Dem zweiten Typus gehören Ganglienzellen an, deren Nervenfortsatz ebenfalls eine Anzahl feiner Seitenäste abgibt, dabei aber seine Selbstständigkeit nicht verliert, sondern schliesslich in den Axencylinder einer Nervenfaser übergeht.

An Längsschnitten kann man sehen, dass die Nervenfasern aus dem Tractus nach und nach von ihrem Verlaufe von vorne nach hinten abweichen und in die graue Substanz aufsteigen; hier theilen sie sich aber und lösen sich schliesslich in eine grosse Anzahl feiner Fäserchen auf, welche ebenfalls an der Bildung des früher erwähnten Netzwerkes Theil nehmen. —

Golgi glaubt aus diesen histologischen Befunden zu der Annahme berechtigt zu sein, dass der Hypothese von der isolirten Leitung, wenigstens insoweit dieselbe auf die Ganglienzellen und Nervenfasern der Centralorgane Anwendung finden soll, jeder feste Boden entzogen sei. — Obersteiner (Wien).

---

553) **N. Rohon** (Wien): Ueber den Ursprung des N. acusticus bei Petromyzonten. (Sitzungsber. d. k. Acad. d. Wiss. 85. Bd.)

Bei den genannten Fischen konnte R. wiederholt Fasern beobachten, welche von sehr grossen, unter dem Epithel des vierten Ventrikels gelegenen Zellen ausgehend, die Medulla oblongata schief durchsetzen und in den Stamm des N. acusticus eintreten. Ausserdem betheiligen sich an der Bildung des Acusticusstammes feinere, aus den seitlichen Theilen der Medulla oblg. stammende Fasern, deren Endschicksal nicht mit Sicherheit zu eruiren war, doch liess sich soviel feststellen, dass der N. acusticus seine sämmtlichen Wurzelfasern ausschliesslich aus der dorso-lateralen Parthie des verlängerten Markes bezieht.

Der Verf. glaubt nach seinen Präparaten sich auch der Anschauung Hensen's anschliessen zu dürfen, dass bei Säugethieren die Nervenzellen im centralen Nervensysteme aus dem ursprünglichen Epithel des Medullarrohres hervorgehen. Obersteiner (Wien).

---

554) **G. Buccola:** La Memoria organica nel meccanismo della scrittura. (Die Bedeutung des organischen Gedächtnisses für den Mechanismus des Schreibens.) (Riv. di filosofia scientif. Vol. II.)

In einer längeren Einleitung legt B. seine Anschauungen über die Schrift vom mechanischen sowie vom psycho-physiologischen Standpunkt aus dar. In manchen Punkten mit Erlenmeyer übereinstimmend, weicht er doch hauptsächlich von ihm darin ab, dass er die Linkshirnigkeit bezüglich der Schrift als das Primäre, die Rechtshändigkeit als die Folge ansieht. Die Linkshirnigkeit für das Schreiben sei aber in der innigen Beziehung zwischen Schrift und Sprache (deren Hauptsitz in der linken Hemisphäre ist) gelegen.

Die zahlreichen Versuche des Verfassers — die sich fast alle auf die Ermittelung der Zeit beziehen, welche zum Niederschreiben eines oder mehrerer Buchstaben oder auch eines ganzen Wortes unter verschiedenen Umständen erforderlich ist — können hier auszugsweise nicht wiedergegeben werden; hervorgehoben sei der Umstand, dass Buchstaben, welche im Mittel die gleiche Zeit der Ausführung benöthigen, z. B. N und D bezüglich des mittleren Fehlers sehr verschieden sein können; das will heissen, während die für N gebrauchte Zeit

in einer Reihe von Versuchen annähernd gleich ist, fallen die Schwankungen in der für D benöthigten Zeit bedeutend grösser aus.

Höchst bemerkenswerth ist eine Reihe von Versuchen, in welchen ein Wort zuerst wiederholt geschrieben und die Zeit gemessen wurde; hierauf wurde die Zeit bestimmt, welche erforderlich war um dasselbe Wort nicht wirklich zu schreiben, sondern den Act des Schreibens im Bewusstsein zu reproduciren. Dabei ergab sich, dass dieser zweite Vorgang in allen Fällen ein langsamerer war; wird z. B. die zum Schreiben des Wortes „Dante" nöthige Zeit mit 100 bezeichnet, so war die für die Reproduction des Schreibaktes erforderliche mittlere Zeit 134.

Obersteiner (Wien).

---

555) **W. Bechterew** (Petersburg): Thierversuche über zwangsweise Rollbewegungen um die Längsaxe. (Petersb. med. Wochschr. 1882. Nro. 6.)

556) **Idem:** Die Bedeutung der Trichterregion des 3. Ventrikels für die Erhaltung des Körpergleichgewichtes. (Ebendas. 1882. Nro. 12.)

Die Versuche sind im klinischen Laboratorium des Prof. Mierszejewski angestellt. Verf. fand bei Verletzung des Hirnschenkelfusses (an Hunden) in seinem Verlaufe von der Brücke bis zu den Grosshirnganglien unaufhaltsame Rollbewegungen um die Längsaxe auf die nicht verletzte Seite hin mit homonymer Drehung des Kopfes und des Rumpfes und einer Deviation der Augen, wobei das eine nach oben und aussen mit erweiteter, das andere nach unten und innen mit verengter Pupille sich zeigte. Kreis- und Manègebewegungen, die ebenfalls den Charakter von Zwangsbewegungen trugen, traten nach einigen Tagen an Stelle der Rollbewegungen auf. Letztere waren durch Verletzung der inneren Oberfläche des Hirnschenkels, welche an die seitliche hintere Wand der Trichterregion des 3. Ventrikels angrenzt, hervorgerufen.

Die Versuche jedoch haben den vermutheten anatomischen Zusammenhang zwischen dem 3. Ventrikel und dem Kleinhirn nicht mit Sicherheit nachgewiesen. Wohl geht aus den am 3. Ventrikel vielfach unternommenen Experimenten hervor, dass ein inniger Zusammenhang zwischen der Höhle des 3. Ventrikels, hauptsächlich dessen Trichterregion, und dem Kleinhirn besteht. Da die Erscheinungen vorübergehende waren, die Zerstörungen grösserer Abschnitte des Kleinhirns aber bleibende oder langsam zurückbildende Folgen hat, so wird diesem die Rolle des Centrums zugeschrieben, während die Höhle des 3. Ventrikels einen Apparat birgt, von welchem Leiter zum Kleinhirn, dem Organe der Gleichgewichtserhaltung, ziehen. Ein ähnlicher, mit dem Kleinhirn zusammenhängender Apparat, sind die halbcirkelförmigen Kanäle.

Goldstein (Aachen).

---

557) **E. Sciamanna:** Gli avversari delle Localizzazioni cerebrali. (Die Gegner der Localisationstheorie.) (Arch. di psich. scienze pen. ed antropol. Vol. III. fasc. 3.)

Zu Gunsten der Localisationstherorie führt Sc. einen Fall an, in welchem es ihm gelang bei einem Menschen durch elektrische Reizung eine Anzahl von corticalen Centren nachzuweisen.

Es muss nur erwähnt werden, dass nicht die Hirnrinde selbst, sondern die darüberliegende Dura mater gereizt wurde, und dass er oft eine Elektrode entweder auf das Scheitelbein oder auf das Sternum aufsetzte.

Als Versuchsobject diente ein Mann mit einer Knochenwunde im rechten Scheitelbein, im Querdurchmesser 35 Ctm., in der Höhe 25 Ctm. messend. — Soweit die Dura mater mit der Elektrode erreichbar war, wurde sie geprüft, und nach dem Tode jene Stellen von denen aus gewisse Bewegungen am leichtesten erregt werden konnten genau bestimmt.

1. Wurde die Kathode entsprechend dem unteren Dritttheile der hinteren Centralwindung aufgesetzt, so erfolgten Erhebung des linken Nasenflügels und der linken Oberlippe, Hinaufziehen des linken Mundwinkels.

2. Zwischen mittlerem Dritttheil der hinteren Centralwindung und unterem Scheitelläppchen: Extensionsbewegungen der linken Hand, insbesondere der drei ersten Finger, sowie schwache Beugung des Oberarmes und Erheben der Augenbrauen. —

3. Hinterer Theil des Gyrus supramarginalis: Rotation des Kopfes nach links, Bewegungen im Orbicularis palpebr., Bewegungen der Zunge. Obersteiner (Wien).

---

558) **Schultze** (Heidelberg): Befund bei spinaler Kinderlähmung nach dreijährigem Bestehen derselben. (Neur. C.-Bl. 1882. 19.)

Das 1½ jährige, früher gesunde Kind Th. P. aus Speier erkrankte am 22. October 1878 mit Fieber, Husten und Heiserkeit. Am 27. Oct. wird ausgesprochene Lähmung der unteren Extremitäten beobachtet; Temperatur subnormal, Arme frei, Harnentleerung unregelmässig. In den nächsten Tagen Besserung der Lähmung.

Die Untersuchung von Prof. Erb ergab am 23. April 1879: Lähmung und Atrophie der rechten Wadenmuskeln, sowie des R. tibial. ant.; links vorzugsweise Paralyse der vorderen Unterschenkelmusculatur; in den befallenen Gebieten deutliche *Ear,* besonders in der rechten Wade. Der Quadriceps beiderseits beweglich, links mehr als rechts; Sensibilität intact. Eine spätere Untersuchung ergab (23. Januar 1880): *Rechts* Lähmung der Hüftbeuger und Schwäche des Quadriceps, dann Lähmung des Tibial. ant. und der Wadenmusculatur; die Peronei und der Ext. digit. communis erhalten. *Links* sehr schwache Action der Hüftbeuger, Schwäche im Quadriceps; Paralyse und Contractur der Wadenmusculatur; sehr geringe Bewegbarkeit der Peronei. Ausserdem starke Lordose; die Glutaeen schlaff und dünn. *Patellarreflexe beiderseits normal.*

So blieb der Zustand der kleinen Kranken, bis Anfang 1882. Irgend eine wesentliche Besserung konnte durch die consequente Electrisirung (Galvanisirung des Rückenmarks und periphere Galvanisation) nicht erreicht werden. Wegen der Feststellung beider Hüftgelenke in rechtwinkliger Beugung, wodurch jeder Gehversuch unmöglich gemacht war, wurde auf Drängen der Eltern versucht, auf operativem Wege durch Osteotomie der Oberschenkel eine Gradstellung der Oberschenkel zu ermöglichen. Leider starb die kleine Patientin bald nach geschehenem Eingriffe auf der hiesigen chirurgischen Klinik.

Die am 20. Februaf 1882, *also drei Jahre vier Monate* nach dem Eintritte der Erkrankung ausgeführte

Obduction ergab bei Abwesenheit sonstiger Veränderungen im Lendentheile des Rückenmarkes die *Vorderhörner* und dadurch auch die ganze vordere Hälfte der spinalen Substanz erheblich kleiner; die Substanz der *Seitenstränge* etwas reducirt und deutlich *grau* verfärbt. Der Hals- und Dorsaltheil waren makroskopisch frei.

Von den Muskeln erschienen die *Iliopsoas* blasser, besonders der linke; die Muskeln der Unterextremitäten durchweg abnorm dünn, blassgelblich; die Extensores cruris ebenfalls dünn, aber lange nicht so intensiv als die Muskeln der Unterschenkel; links sind sie stärker afficirt als rechts.

Die genauere Untersuchung am gehärteten Präparate ergab Folgendes: Die vordere Hälfte des Rückenmarkes in der untern Hälfte des Lendentheiles im frontalen Durchmesser erheblich verschmälert, in der oberen Hälfte weniger verändert. Doch ist auch hier die Form der Vorderhörner in der Art verändert, dass sie fast in allen Durchmessern verkleinert erscheinen. In der Mitte der grauen Substanz erscheinen sehr deutlich sichtbare graue Flecke, an denen das Gewebe offenbar stark verdünnt ist. Die Flecke, nehmen zum grössten Theile die Vorderhörner ein und sind in der Höhenrichtung auf der linken Seite ausgedehnter als rechts, während rechts nur die untern Abschnitte des Lendentheils einen solchen enthalten.

Mikroskopisch zeigt sich die ganze vordere graue Substanz und im überwiegenden Theile der ganzen Lendenanschwellung auch die *hintere* bis zur Rolando'schen Substanz in der Weise verändert, dass nur ein geringer Rest von Ganglienzellen übrig geblieben ist, und zwar links mehr als rechts und in den obersten Abschnitten des Lendentheils, im Uebergangstheil zum Dorsaltheile, mehr als unten. Erst nahe dem Filum terminale erscheinen wieder beiderseits etwa 6—10 Ganglienzellen auf einem Querschnitt. Weiter oben überschreitet die restirende Anzahl der grossen multipolaren Zellen die genannte Ziffer ebenfalls nicht; auf der rechten Seite lässt sich an mehreren Schnitten aus den verschiedenen Höhen der Lendenanschwellung keine einzige Ganglienzelle mehr finden, nicht einmal ein Rudiment derselben. An Stelle des nahezu völlig geschwundenen und nur partiell erhaltenen Gewebes sind nur Gliazellen und Gliafasern vorhanden und zwar von den makroskopisch heller erscheinenden Partien nur spärlich, an den andern sehr reichlich[1]; besonders die Zellenanhäufung ist eine sehr starke.

Bemerkenswerth ist besonders der *Gefässbefund.* Die Wandungen der Gefässe sind in den abnormen Abschnitten des Nervengewebes erheblich verdickt und zellenreich; in einzelnen grössern finden sich grössere Mengen von *Blutfarbstoff* in Form von kugelig angehäuftem Pigment, wie man das ähnlich in dem sogenannten Hämatosin der Hirngefässe älterer Leute zu sehen bekommt. Besonders betheiligen sich auch die in die vordere Fissur hineingehenden Gefässe, während diejenigen des medialen Bindegewebsseptum der Hinterstränge frei bleiben. Während die Hinterstränge und die Rolando'sche Sub-

stanz frei sind, zeigen die *Seiten-* und *Vorderstränge* und zwar besonders die der grauen Substanz unmittelbar angrenzenden Abschnitte starke Veränderungen, nämlich Vermehrung der Glia und Verminderung der Nervenfasern. Die Gegend der Pyramidenbahnen ist noch etwas von dieser Sclerose ergriffen, aber nur wenig. Die Veränderung der Seitenstränge hauptsächlich in den mittleren Partien ist makroskopisch durch eine seitliche Einziehung des peripheren Contours derselben nach innen zu gekennzeichnet. Die vordern Wurzeln führen nur in den oberen Abschnitten des Lendentheils normale Fasern; weiter unten ist zum grössten Theile nur die Scheide derselben übrig geblieben. Die vordere Commissur und der Centralkanal ist unversehrt; letzterer, wie bei Kindern gewöhnlich, geöffnet. Bemerkenswerth ist noch eine Anomalie in der Vertheilung der grauen Substanz. Im Uebergangstheile zum Dorsaltheil, dort wo die Clarke'schen Säulen beginnen, liegt *ein Stück der* Clarke'schen *Säule* mit fünf Ganglienzellen *abgesprengt* in der Substanz des Hinterstranges in Form eines länglichen schmalen Streifens, der in der Richtung der inneren Wurzelbündel dahinzieht. Die Meningen ohne sonderliche Anomalie.

Die *Muskeln* in der gewöhnlichen Weise verändert; sie sind in den weniger afficirten Muskeln gruppenweise, in den stärker degenerirten total sehr verschmälert, zum grössten Theil ohne Querstreifung, in ihrer Continuität nicht selten unterbrochen, kernreich. Ein Befund, der sehr erheblich von den Befunden bei Pseudohypertrophie absticht.

Der geschilderte anatomische Befund spricht deutlich genug gegen eine „*parenchymatöse*“ acute Myelitis oder eine primäre Atrophie der Ganglienzellen.

Klinisch war bemerkenswerth das Vorhandensein der Patellarreflexe trotz der abnormen Beschaffenheit der Extensoren, die allerdings noch willkürlich bewegbar waren. Die Schlaffheit der Muskelsubstanz derselben, welche derjenigen, die man bei Tabes findet, nichts nachgab, hinderte das Zustandekommen derselben *nicht*. Trotzdem ein grosser Theil der hinteren grauen Substanz zerstört war und nur die Rolando'sche Substanz mit den sie durchsetzenden sensiblen Wurzelfasern frei blieb, war doch eine Störung der Sensibilität nicht vorhanden; von den in die mittlere graue Substanz von hinten her eindringenden Fortsetzungen der einstrahlenden dünnen Nervenfasern, die man als Fortsetzung sensibler Bahnen anzusehen gewöhnt ist, war anatomisch nichts mehr wahrzunehmen. Trotzdem waren sowohl die Patellarreflexe als, wie gesagt, die Sensibilität intact. Auf welchen Wegen ihre Fortleitung stattfindet, bleibt demnach unaufgeklärt. Natürlich mussten die betreffenden Bahnen trotz der ausgiebigen Zerstörung in diesem Falle noch gangbar sein. R—n.

---

559) **M. Uspenski** (Moskau): Taubheit, complicirt mit hysterischer Neurose und hysterische Taubheit. (Petersb. Med. Wochenschr. 1882 Nro. 8.)

Bei der ersten Patientin ergab die Untersuchung, dass beide Trommelfelle zerstört waren und Nasen- und Rachen-Katarrh bestand. Sausen im l. Ohre, Verlust von Geruch und Geschmack — Folgen

scarlatinöser Diphtherie: absolute Taubheit, welche sich besserte, als Patientin vom Verf. auf's Land geschickt war. Aber doch von Zeit zu Zeit Anfälle von völliger Taubheit, denen eine Veränderung der Stimme jedesmal vorherging. Die Galvanisation des N. sympathicus machte fast momentan die Taubheit schwinden. 6 Sitzungen: die vollständige Taubheit blieb fort. Verf. hält mit Recht trotz der Complication mit Anästhesie des Geruchs und Geschmacks den Fall *nicht* für hysterische Taubheit, sondern er sieht es für wahrscheinlich an, dass in Folge der scarlatin. Diphtherie ein Process an der Hirnbasis oder am Grosshirn sich manifestirt habe. Dass eine Complication mit Hysterie vorhanden war, kann man allenfalls annehmen. Der *zweite* Fall war ein solcher von hysterischer Taubheit, vor 5 Jahren nach einem Niesanfalle entstanden; sie bestand nur auf dem rechten Ohre. R. Ohrmuschel und äusserer Gehörgang anästhetisch, lästige Geräusche. Galvanisation des Sympath. rechts verursachte erst bei 12 Elementen Schwindel. In demselben Augenblicke kehrte das Gehör wieder. Nach 1 Monate noch etwas Rauschen im Ohre. Goldstein (Aachen).

---

560) **S. Unterberger** (Petersburg): Ein Fall von primärer Trepanation mit günstigem Erfolge bei einem Schädelbruch mit Hirnverletzung. (Petersb. med. Wochschr. 1882. Nro. 7.)

Bei einem Zusammenstoss zweier Eisenbahnzüge erlitt ein Soldat eine Kopfverletzung. Auf dem linken Scheitelbeine in der Höhe des Scheitelhöckers zeigte sich eine horizontal gelegene, 8 Ctm. lange, klaffende Wunde. Knochendepression. Trepanation. Ausmeisselung von Knochenparthieen, so dass ein kreisrunder Knochendefect von 4 Ctm. im Durchmesser entstand. Die blossliegende Hirnhaut hatte in der Mitte eine 3 Ctm. lange Oeffnung, worin Hirnparthien lose lagen und aus welcher es stark blutete. Entfernung von 1 Theelöffel Hirnmasse. Listerverband. Nach 2 Tagen kann Pat. den rechten Oberarm nicht bewegen, was aber nach 3 weiteren Tagen schon wieder verschwand. Völlige Heilung. Dass keine längere Bewusstlosigkeit auftrat, erklärt Verf. daraus, dass die Reizung des vasomotorischen Centrums durch die starke Blutung leicht ausgeglichen wurde. Der Ort der Hirnverletzung befand sich hinter der motor. Region, hinter dem sulc. Rolandi. Die vorübergehende Parese des Oberarms war durch reactive Entzündung dieser Partie bedingt. Empfindungsstörung nach Munk nicht vorhanden. Die geistigen Fähigkeiten des Patienten, der über 1 Theelöffel Hirnmasse verlor, hatten *nicht* gelitten. Die übrigen Ausführungen sind mehr von chirurgischem Interesse.

Goldstein (Aachen).

---

561) **Adolf Ott** (Prag): Ueber Tachycardie. (Prag. med. Wochenschrift. 1882. Nro. 15 u. 16.)

Verf. berichtet über einige Fälle von Tachycardie bei dyspeptischen Zuständen und sucht die Erklärung für das Zustandekommen derselben in der Reizung der Vagusverzweigungen im Magen, welche

zum Vaguscentrum fortgeleitet, den Tonus der Nerven allmälich herabsetze, ja endlich ganz erschöpfe. Bei tympanitischen Zuständen komme noch die Druckwirkung auf das Herz hinzu.

Goldstein (Aachen).

---

562) **Philipp Knoll** (Prag): Ueber die Folgen der Compression des Herzens und der intrathoracalen Blutgefässe. (Prag. med. Wochenschrift. 1882. Nro. 18 u. 19.)

Aus dieser Arbeit interessirt uns zunächst die Beobachtung, dass der erhöhte Druck im Pericard (durch Aufblasen desselben) bewirkt eine auffallende Zunahme in der Schlagzahl des Herzens hervorruft. Verf. erklärt dieselbe aus einer Abnahme des Vagustonus, bedingt durch die Erregung sensibeler Herznerven, welche die Thätigkeit des Hemmungscentrums herabzusetzen vermögen. (Dieses Experiment hat Ott (siehe oben) zur Erklärung der Tachycardie benutzt. Ref.) — Ferner ist von Interesse die Warnung, das Herz direct electrisch zu erregen, zu welcher Verf. nach seinen Versuchen an Thieren berechtigt zu sein glaubt. Schon Einbrodt und Mayer hatten davor gewarnt. Bei directer Application inducirter Ströme auf das Kaninchenherz erhielt Verf., sobald er die Ströme über das Minimum, bei welcher Herzthätigkeit und Blutdruck unverändert blieben, erhöhte, insufficiente, in überstürzter Hast auf einander folgende Contractionen, die bald in vollständiges Wogen und Wühlen übergingen. Da man bei Electrisation des Menschenherzens die Stärke der Stromesschleifen zu bemessen nicht im Stande ist, so ist dieselbe als gefährlich zu verwerfen.

Goldstein (Aachen).

---

563) **Emil Schütz** (Prag): Casuistische Beiträge zur Lehre von der Athetose. (Prag. med. Wochenschrift. 1882. Nro. 3 u. 4.)

Verf. theilt 2 Fälle von Hemiathetose mit. Der erste betrifft einen 18 jährigen Tagelöhnersohn, bei welchem im 1. Lebensjahre ohne Veranlassung allgemeine Krämpfe aufgetreten waren, die während 3 Tage andauerten, und eine Schwäche der l. Körperhälfte zurückliessen. Die seitdem auftretenden Convulsionen blieben auf diese Körperhälfte beschränkt. Später beobachtete man ununterbrochene unwillkürliche „Greifbewegungen“ in Hand und Fuss der l. Seite, die nach heftigen Attaquen gleichzeitig mit eintretender vollständiger Hemiplegie verschwanden, um mit Besserung letzterer, sowie Rückkehr der gleichfalls gestörten Sensibilität wiederzukehren. Beobachtung verdient die Betheiligung der Schulter- und Rumpfmuskulatur der afficirten Seite an den unwillkürlichen Bewegungen als bisher bei Athetose noch nicht beobachtet.

Der zweite Fall betrifft einen 54 jährigen Tagelöhner, bei dem seit unbestimmter Zeit neben Motilitätsabnahme an den Extremitäten einer Seite unwillkürliche continuirliche, die Finger betreffende Bewegungen an der oberen Extremität dieser Seite sich eingestellt hatten. Der Mann war wegen Husten in's Spital gekommen und zeigte abendliche Temperatursteigerungen und ging an allgemeiner Entkräftigung

zu Grunde. Die Section zeigte was das Hirn angeht, folgendes: Der linke Sehhügel erscheint nahezu in seinem ganzen Umfange in eine lockere, weisse, blassgelbliche Masse verwandelt; die Erweichung erstreckt sich nach vorne auf den Kopf des geschwänzten Kerns und greift stellenweise auf die innere Kapsel über, am auffälligsten dort, wo das mittlere und vordere Drittel derselben zusammenstossen. Die hintere Parthie der inneren Kapsel ist frei. Die anatomische Diagnose lautete: Syph. hepat. et testiculorum. Rigiditas arterior. cerebr. necrosis thalami optic. et corpor. striat. lat. sin. Tuberculosis pulmonum. Bronchiectasia.

Die Fälle wurden in der Klinik des Prof. Halla beobachtet.

Goldstein (Aachen).

---

564) **E. Remak** (Berlin): Radialislähmung. (Sep.-Abdr. aus der Real-Encyclopaed. d. ges. Heilkunde v. Eulenburg.)

Radialislähmung im weiteren Sinne ist jede Paralyse oder Parese der vom n. radialis entspringenden Muskelnerven. Da einige Formen derselben an anderen Stellen des Werkes besprochen sind, so hat Verf. hier nur diejenigen beschrieben, welche von Erkrankungen des n. radialis nach seiner Formation zu einem selbständigen Stamme unterhalb der clavicula abhängen. Sie ist auch bei dieser engen Definition die häufigste Nervenlähmung im Gebiete des plex. brachialis. Während Duchenne dieselbe, im Schlafe entstanden, auf refrigeratorische Einflüsse zurückführte, bewies Panas, dass die grössere Anzahl dieser Fälle durch Compression des Nerven entstehe. Seltener treten Drucklähmungen im wachen Zustande auf, wie Krückenlähmungen, die Lähmungen der Wasserträger von Rennes, die Lähmungen gebundener Arestanten etc. Schwere Verletzungen des n. radialis bei Operationen, Verwundungen etc. sind vielfach beobachtet. Luxation und Fractur des humerus, Necrose desselben führen ebenfalls häufig zu Lähmung dieses Nerven. Die motor. und sensibelen Störungen, die Reflexerregbarkeit, die trophischen Störungen der Haut und der Muskeln sind der Reihe nach besprochen. Das Wichtigste, die Veränderung der electrischen Erregbarkeit, schildert Verf. in verständlicher Weise. Nach dem Verlauf und Befund derselben richtet sich bekanntlich ja auch die Prognose, nach ihr sind die peripheren Formen leichter zu analysiren und die Electricität bildet nächst den in traumatischen Fällen anzuwendenden chirurgischen Encheiresen wie secundäre Nervennaht, Nervendehnung, auch die beste Therapie. Die von Remak sen. empfohlene stabile Behandlung der praesumptiven Druckstelle mit der Kathode bei beliebiger Stellung der Anode wird auch vom Verf. als die beste gerühmt. Goldstein (Aachen).

---

565) **Wilhelm Hack** (Freiburg i./B.): Reflexneurosen und Nasenleiden. Rhinochirurgische Beiträge. (Berl. klin. Wochschrift. 1882. Nro. 25.)

Verf. theilt eine Anzahl von Neurosen mit, die auf reflector. Wege, durch Erkrankungen der Nase, entstanden sind. Nieskrampf

bei einer Dame, bei welcher Schwellung und eine eigenthümlich flekkige Injection der Schleimhaut über der rechten mitttleren Muschel gefunden wurde. Heilung nach Bestreichung der Stelle mit dem Galvanocauter. Nieskrampf und Asthma bei einem Officier, welcher 8 Jahre daran gelitten. Rhinoscopisch: Diffuse Schwellung der Schleimhaut über der unteren und mittleren Muschel beiderseits. Heilung nach galvanocaustischer Zerstörung. Ferner wurde ein Fall von hartnäckigem, nächtlichem Krampfhusten, bei welchem an der rechten, mittleren Muschel ein erbsengrosser, fibröser Polyp entdeckt wurde, nach Entfernung des letzteren geheilt. Bei einem Patienten, der an Flimmerscotom und Supraorbitalneuralgie litt, entdeckte Verf. an der l. mittleren Muschel ein kleines Klümpchen empfindlicher Granulationen, nach deren galvanocaust. Zerstörung die Erscheinungen schwanden. Auch je ein Fall von Ciliarneuralgie und Lidschmerzen wurden auf Nasenaffection zurückgeführt und geheilt. Von Cephalalgie sind 2 Fälle angeführt; der eine besserte sich erst, als an der l. Choane ein haselnussgrosser Polyp entdeckt und entfernt wurde; der zweite verdient vom psychiatrischen Gesichtspunkte aus Interesse, da Pat. erst von seiner fixen Idee, gehirnleidend zu sein, geheilt wurde, als die Nasenaffection und mit ihr der Hirnschmerz beseitigt war. Mit einiger Reserve ist ein Fall von halbseitigem Gesichtsschmerz mitgetheilt und auf Erkrankungen des Nasenrachenraums sind die Fälle von Spasmus glottidis, von Rachenhusten und Vomitus zurückzuführen. Ob der zuletzt angeführte Fall von Reflexepilepsie wirklich nach Cauterisation der Nasengranulationen mit Arg. nitr. eine so wesentliche Besserung erfuhr, lässt Verf. unentschieden. Den Schwerpunkt seiner Beobachtungen legt Verf. selbst in die Thatsache, dass geringfügige, symptomlos verlaufende Nasenleiden von schweren Neurosen begleitet sein können.

Goldstein (Aachen).

---

566) **Ullrich** (Erlangen): Zur Encephalopathia saturnina. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Band 39. Heft 2. u. 3. 1882.)

Ein 39 jähriger Lackirer zeigte alle Erscheinungen der progressiven Paralyse. Die Section ergab mässigen Hydrocephalus intern., Atrophie der Stirnlappen, Verschmälerung der Hirnrinde überhaupt, chronische Leptomeningitis, Oedem der Pia und starke Granulation des 4. Ventrikels.

Unmittelbar nach der Section wurden 1) der Hirnmantel, 2) die grossen Hirnganglien mit der Brücke und der Medulla oblong., 3) das Kleinhirn, 4) die weichen Hirnhäute und 5) etwa $^1/_3$ der Leber getrennt in Alcohol gelegt und darauf chemisch untersucht. In jedem der 5 Objecte liess sich Blei (Chromblei) nachweisen. Aus der im Hirnmantel enthaltenen Menge konnte sogar ein kleiner Bleikern hergestellt werden, während aus den andern genannten Theilen nur ein Niederschlag von chromsaurem Blei erzielt wurde. Der beabsichtigte Nachweis, dass in dem einen oder dem andern Hirntheil ein Ueberwiegen des Metalles statt finde, konnte nicht geführt werden,

doch ergiebt sich aus der Untersuchung jedenfalls, dass die Ablagerung des Bleies nicht an einzelne Körpertheile gebunden, sondern dass der ganze Körper damit „durchseucht" ist.

Kron (Berlin).

---

567) **Schuchardt** (Bonn): Ueber Gewichtsveränderungen nach epileptischen Anfällen. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Band 39 Heft 2. u. 3. 1882.)

Verf. hat eine Anzahl Epileptiker längere Zeit hindurch Wägungen unterworfen nnd zwar 6 männl. Individuen 1 Jahr hindurch jede Woche und nach jedem Anfall. 10 Männer, zum Theil früher schon gewogen, 16 Tage lang täglich und nach jedem Anfall, ebenso eine weibliche Kranke, ferner zur Vergleichung einen Fall von progressiver Paralyse, 1 chron. Alcoholisten mit periodischen Tobsuchtsanfällen und 3 Geistiggesunde.

Er kommt zu dem Schlusse, dass der Gewichtsverlust nach Anfällen kein sicheres Symptom der Epilepsie ist, dass ferner die Gewichtsschwankungen bei den Epileptikern nach Anfällen meist minimale sind, dass häufig sogar Steigerung des Gewichts beobachtet wird und dass dieselben Tagesschwankungen, wie bei Epileptischen auch bei Gesunden vorkommen.

Kron (Berlin).

---

568) **Thomas Buzzard**: Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System. (Klinische Vorlesungen über Krankheiten des Nervensystems.) (London. Churchill 1882. pag. 466. M. 15.)

Dr. Buzzard, Arzt am National-Hospital für Paralysirte und Epileptische zu London, dessen Namen bereits durch ein gutes Buch über syphilitische Nervenkrankheiten bekannt ist, hat in dem vorliegenden Werke eine Reihe von Vorlesungen zusammengestellt, welche er zu verschiedenen Zeiten über verschiedene Nervenkrankheiten gehalten hat, und dieselben mit vielen Zusätzen welche sich aus späteren Erfahrungen ergaben, bereichert. Diese Vorlesungen stellen keinen systematischen Cursus dar, sondern handeln über Gegenstände, welche den Verfasser besonders interessirten, oder welche mit den grade im Hospital befindlichen Fällen in unmittelbarem Zusammenhang standen. Während daher Niemand eine vollständige Behandlung der Nervenkrankheiten in diesem Buche erwarten darf, so ist andererseits Raum für eine eingehendere Besprechung verschiedener wichtiger Fragen in der Neurologie gewonnen, welche in anderen Werken über denselben Gegenstand etwas stiefmütterlich abgehandelt sind; und empfiehlt sich das Buch als ein wahrhaft klinisches, in welchem individuelle und gut beobachtete Krankheitsfälle den Leitfaden für weitere Betrachtungen liefern. Der Styl ist durchweg leicht und fliessend, und kann die Lektüre ebensowohl dem Specialisten als dem praktischen Arzte empfohlen werden. 23 Illustrationen sind dem in jeder Hinsicht schön ausgestatteten Werke beigegeben..

Den Hauptinhalt des Buches bildet die noch immer neue Probleme darbietende Tabes, welche auf 160 Seiten abgehandelt wird.

Doch ist dies auch keine systematische Beschreibung der Krankheit, sondern greift Verf. einzelne Symptome, wie das Fehlen der Patellar-Reflexe, die Argyll-Robertson'sche Pupille, die Ophthalmoplegia externa, die gastrischen Krisen, die Gelenkkrankheiten u. s. w. heraus, und erläutert dieselben an Fällen, welche sich seiner Beobachtung dargeboten haben. Die gastrischen Krisen deuten nach Dr. Buzzard auf Reizung der Vaguswurzeln im verlängerten Mark, ebenso wie die blitzähnlichen Schmerzen auf Sklerosirung der hinteren Wurzelzonen hinweisen; und erklärt er die grosse Häufigkeit, mit welcher Veränderungen in den Knochen und Gelenken mit gastrischen Krisen associirt sind, durch die Annahme eines trophischen Centrums für Knochen und Gelenke in der unmittelbaren Nähe der Vaguswurzeln. Die Existenz eines solchen Centrums würde nach ihm auch Licht auf die Verbindung von Gelenksymptomen in acutem Rheumatismus mit gelegentlicher Tendenz zu beträchtlicher Temperatur-Steigerung werfen, sowie auf die Complicationen auf Seiten des Herzens, wofür wir bis jetzt keine plausible Erklärung gefunden haben, und schliesslich auf die Pathogenese der Artheritis deformans. Diese Hypothese ist jedenfalls ingeniös, doch müssen wir noch weitere Belege aus der Physiologie und besonders der Experimental-Pathologie erhalten, ehe wir dieselbe unreservirt annehmen können.

Die verschiedenen Formen der Paraplegie, die Schüttellähmung, gewisse Formen der rheumatischen und syphilitischen Neuritis, die Tetanie, die Diagnose der Bleilähmung, die spinale Kinderlähmung und acute Poliomyelitis der Erwachsenen bilden den weiteren Inhalt dieses Werkes, welches auf jeder Seite den gewissenhaften und sorgfältigen Beobachter erkennen lässt. Es ist vielleicht zu bedauern, dass Dr. Buzzard über Therapie fast ganz schweigt, doch lagen solche Auseinandersetzungen wahrscheinlich nicht in dem ursprünglichen Plan seines Buches. Julius Althaus (London).

---

569) **A. Tamburini** und **G. Seppilli:** II. Contribuzione allo Studio sperimentale dell'ipnotismo nelle isteriche. (Riv. sperim. di fren. 1882. 1. 2.)

In Fortsetzung ihrer bereits pag. 85 dieses Jahrg. erwähnten Arbeit, haben die Verf. nunmehr die verschiedenen Stadien des Hypnotismus untersucht. —

Bekanntlich unterscheidet Charcot (vergl. d. Zeitschr. 1882 pag. 117) drei Stadien des hypnotischen Zustandes, welche wenigstens anscheinend von einander verschieden sind, und künstlich erzeugt werden können, und zwar die lethargische, die kataleptische und die somnambule Periode. Als charakteristisches Unterscheidungsmerkmal ist das Verhalten des Muskelsystems anzusehen: neuromusculäre Uebererregbarkeit im lethargischen, ausgesprochene Flexibilitas cerea im kataleptischen Zustande und endlich allgemeine Muskelrigidität im somnambulen Stadium. Aber alle diese Erscheinungen lassen sich schliesslich zurückführen auf einen Zustand gesteigerter Erregbarkeit der centralen Apparate für die Muskelinnervation, welche sich durch eine — nach Intensität und Dauer verschiedene — Modification des

Muskeltonus äussert. — Es lässt sich aber auch nachweisen, dass diese Veränderungen im Muskeltonus gerade proportionirt sind zu der Intensität und Dauer des Reizes — woraus hervorgeht dass der Grad, in welchem die Erregbarkeit der Centralorgane gesteigert ist, von der Art der Reizung abhängt.

Im hypnotischen Zustand besteht aber auch gesteigerte Erregbarkeit der sensorischen und psychischen Centren.

In einer ausführlicheren Arbeit sollen die Resultate, welche die Verf. hier nur ganz kurz mittheilen, eingehender dargelegt werden.

Obersteiner (Wien).

---

570) **Tigges** (Sachsenberg): Die Störungen im Bereiche des peripheren Nervensystems bei Geisteskranken. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Band 39. Heft 2. u. 3. 1882.)

Verf. resumirt seine ausgedehnten Versuche in folgenden Sätzen:

I. Sensationen und Druckempfindlichkeit.

1. Die bei melancholischen Zuständen vorhandenen Sensationen können auf eine bestimmte Stelle beschränkt, oder mehr oder weniger über den Körper ausgedehnt, sie können an einer Seite mehr hervortretend oder ausschliesslich vorhanden sein.

2. Sie sind oft mit Druckempfindlichkeit in geringerem oder grösserem Umfange verbunden. Es kommt dabei vor, dass sich unregelmässig vertheilte (druck-) empfindliche Stellen auf einer sonst unempfindlichen Fläche finden, oder umgekehrt. Zuweilen zeigt sich eine vorher nicht empfindliche Stelle druckempfindlich, wenn man von einer benachbarten empfindlich gefundenen Stelle auf die erstere zurückkehrt.

3. Mit der vorhandenen Hauthyperästhesie (und Sensationen) oder ohne sie, findet man oft Druckempfindlichkeit der zuführenden oder benachbarten Nervenstämme und Verzweigungen oder der Durchtrittsstellen der Nerven (Druckpunkt). Diese sind am häufigsten am Kopf, Thorax (besonders links) und an den Oberextremitäten nachweisbar. — In manchen Fällen finden sich Sensationen ohne Druckempfindlichkeit, in andern umgekehrt.

Die Verbreitung der Sensationen ist entweder eng begrenzt, oder mehr oder weniger ausgedehnt. Die letzteren zeigen entweder stets eine mehr gleichmässige Ausbreitung über den ganzen Körper, wobei einzelne Stellen oder eine Seite intensiver befallen sein können, oder sie zeigen im Verlaufe ein absteigendes (in einzelnen Fällen aufsteigendes) Weiterschreiten der Sensationen, oder endlich, es findet von begrenzter Stelle aus eine weitere Ausstrahlung der Sensationen, auf-, abwärts, auf die andere Körperseite, event. über den ganzen Körper statt.

5. Bei Application des constanten Stromes, besonders bei labiler Application, zeigen sich zuweilen empfindliche Stellen, welche sich dann auch gegen Druck empfindlich erweisen. Diese gleichartige Reaction gegen beide Einwirkungen findet sich jedoch nicht immer, ebenso nicht immer eine gleiche Schmerzreaction gegen k. und J. Str.

Dieselbe wechselt zuweilen im Verlaufe gegen beide Stromarten. Bei Sensationen erfolgt auf Behandlung des Nervenstammes mit dem k. Str. die excentrische Sensation oft nicht so weit peripher als an der gesunden Extremität und nach der Heilung.

6. Sehr häufig geht die Exacerbation der Sensationen und der peripheren Hyperästhesie gleichmässig mit der der psychischen Symptome einher, jedoch findet sich in einzelnen Fällen diese Regel nicht. Zuweilen lösen bestimmte Sensationen bestimmte psychische Elemente (ängstliche Gedanken, flüchtigen Ablauf der Gedanken, Verstimmung) aus, oder umgekekrt. Eine Beziehung der Localität der peripheren Sensation und Hyperästhesie zu bestimmten psychischen Krankheitselementen findet im Allgemeinen nicht statt.

7. Bei den Fällen mit vorausgehenden Sensationen etc. und nachfolgender Psychose ist die selbständige anatomische Begründung beider Symptomengruppen anzunehmen und eine einfache Reflexvermittelung auszuschliessen. Derselbe Gesichtspunkt findet bei den in Anstalten gelangenden Psychosen auch im Allgemeinen für die sexualen Fälle statt. Eine Reflexvermittelung findet sich nur in symptomatischer Hinsicht.

Die Sensationen exacerbiren nicht selten zu bestimmter Tageszeit.

8. Oefter findet sich bei Melancholischen eine Druckempfindlichkeit (auch erhöhte Empfindlichkeit gegen den k. Str.) vorn am Halse, zur Seite des Kehlkopfs und der Luftröhre (= Empfindlichkeit des Sympathicus). In manchen Fällen liegt hier nur eine Empfindlichbkeit der vorderen Halswirbelsäule (oft zugleich der Querfortsätze der Halswirbel) vor. In anderen Fällen ist die Empfindlichkeit auf eine Seite, oder auf die Gegend eines bestimmten Ganglion beschränkt, und findet man dann oft (nicht immer) Sensationen der gleichnamigen Seite allein oder vorwiegend.

9. Bei den vorliegenden Hyperästhesien tritt beim Druck eine Empfindung nicht selten an anderer, als der gedrückten Stelle ein. Ein kleiner Theil dieser Empfindungen tritt innerhalb der gereizten Nervenbahn auf, entweder in peripherer Verbreitung (excentrische Sensation), oder centralwärts schiessend. Ein grösserer Theil dieser Empfindungen ist als irradiirte Erscheinung in anderen Nervengebieten aufzufassen. Die irradiirte Empfindung tritt theils auf derselben Seite von der gedrückten Stelle, theils auf der entgegengesetzten, theils scheinbar in der Mitte des Körpers auf. Die Nervenwurzel, in deren Gebiet die irradiirte Empfindung auftritt, ist zum Theil dieselbe, wie die, in deren Gebiet die gedrückte Stelle liegt, theils gehört sie einem benachbarten Gebitet an (N. quintus und oberste Halsnerven), theils ist sie mehr oder weniger entlegen. Auf die Stelle der irradiirten Empfindung ist zum Theil die gedrückte Stelle von Einfluss, wechselt mit dieser; zum Theil ist die Stelle der irradiirten Empfindung von Einfluss, so dass letztere, wenn einmal hervorgerufen, bei bedeutendem Wechsel der gedrückten Stelle wiederholt hervortritt. Zuweilen tritt die irradiirte Empfindung bei Wiederholung des Versuchs in anderen Nervenbahnen auf, oder bleibt aus. Selten tritt der Reflex in

specifisch anderen Nervenbahnen auf, so im Gebiet des Vagus (Uebelkeit, Aufstossen), des Gesichtssinnes (Blitzen, schwarze Punkte vor den Augen, Doppeltsehen), anscheinend auch im vasomotorischen Gebiet (Ohnmachtsgefühl), ferner im Gebiet motorischer Nerven (fibrilläres Zucken im Paplpebr.).

10. Diese Irradiationserscheinungen, sowie ein grosser Theil der Sensationen mit Druckempfindlichkeit in ihrer Verbreitung und ihrem zeitlichen Verlaufe lassen als unmittelbar zu Grunde liegenden wesentlichen anatomischen Sitz keine andere Centralstelle als das Rückenmark mit Einschluss der Med. oblong. annehmen. Zum Theil ist dieser Zustand des Rückenmarks als vom Gehirn aus fortgeleitet anzusehen.

11. Es giebt wenig Fälle von Melancholie und überhaupt solche mit melancholischem Charakter, in denen die bisher genannten Sensibilitätsstörungen nicht wenigstens spurweise zu entdecken sind.

II. Störungen der einzelnen Sinnesempfindungen der Haut und der Muskelsensibilität.

1. Abnormitäten der Reaction der verschiedenen Hautsinne finden sich bei der Melancholie und Verrücktheit mit Sensationen sehr häufig. Sie tragen zum Theil den Charakter der gesteigerten, zum viel grösseren Theil den der verminderten Leistung. Charakteristische, einer bestimmten Form zukommende Eigenthümlichkeiten giebt es nicht. Dasselbe gilt auch in symptomatischer Hinsicht, so dass z. B. negative Sensationen nicht gerade mit Defekten der peripheren Sensibilität zusammenhangen.

2. Vergleicht man die Zahl der Abnormitäten der Sinnesempfindung bei der Melancholie einerseits und bei der Verrücktheit andererseits, so findet sich kein durchgreifender Unterschied. Ebenso wenig tritt ein solcher hinsichtlich der Fälle mit gesteigerter, oder verminderter Sensibilität hervor. Die 2 Fälle von Epilepsie zeigen keine verminderte Sinnesempfindung.

3. Es befindet sich weder derselbe Sinn an verschiedenen Körperstellen, noch die verschiedenen Sinne bei demselben Individuum in gleichartiger Beschaffenheit. Dies schliesst als Grund der vorliegenden Erscheinung Abnormitäten der Perception aus und verweist auf solche der Leitung.

4. Zu den sensiblen Störungen mit dem Charakter der gesteigerten Funktion gehört die Verdoppelung der Tastempfindung, so dass 1 Spitze für 2, 2 Spitzen bei Ueberschreitung einer bestimmten Distanz für 3 oder 4 gehalten werden. Dies ist als Irradiation aufzufassen, wie auch noch andere Irradiationserscheinungen, besonders Ziehen der Empfindung centralwärts und schmerzhafter Charakter derselben zugleich vorkommen. Hierzu stimmt, dass die Erscheinung zuweilen nach Fortsetzung der Prüfung schwindet. Dies Symptom ist nachgewiesen bei Melancholie, Verrücktheit und Epilepsie. Es findet sich zum Theil bei gesteigertem Distanzensinn, zum Theil bei gesteigerter Schmerzempfindlichkeit, während andere Sinnesempfindungen vermindert sein können.

5. Im Verlaufe der Prüfung findet sich in einzelnen Fällen Verschärfung des Sinnes in Folge der Uebung, in anderen Erschöpfbarkeit (Ermüdung).

6. Abnormitäten der Sinne finden sich auch in ursächlichem Zusammenhang mit anderweitigen trophischen und functionellen Störungen, welche letztere in indirecter oder mehr directer Beziehung zur Psychose stehen.

7. Die verminderte Schmerzempfindlichkeit im Stupor ist eines raschen Ausgleichs fähig, so dass in der Zwischenzeit zwischen zwei Stuporphasen dieselbe so wie die anderen Sinnesempfindungen der Haut normal erscheinen können.

8. In einzelnen Fällen lässt sich die Abhängigkeit der sensiblen Störungen vom Rückenmark einschliesslich der Med. oblong., in anderen vom Gehirn durch besondere Thatsachen nachweisen.

III. Motorische und vasomotorische Störungen.

Von motorischen Störungen bei melancholisch gefärbten Zuständen sind besonders zu bemerken Zittern, partielle oder allgemeine Steifigkeit des Rückens und der Glieder, klonische Zuckungen der Glieder oder des Rumpfes, besonders im Halbschlaf, jedoch auch sonst und speciell beim Gehen, seltener tonische Contracturen einzelner Glieder, der Bauchmuskeln etc.

Einige dieser Symptome scheinen Reflexerscheinungen von den sensiblen Störungen aus zu sein, indem sie zeitlich und örtlich mit diesen zusammenfallen. — Zu den motorischen Symptomen gehört ferner die Muskelspannung bei passiven Bewegungen der Glieder, speciell des Ellbogengelenks. Wenigstens zeitweise im Krankheitsverlauf zeigte sie sich bei dem Stupor und der Dem. par. in allen Fällen, bei der Melancholie in 77⁰/₀, bei der Manie in 24⁰/₀ der Fälle. Es spricht manches dagegen, dass hierbei das sensible Element als Reflexfactor wesentlich in Wirksamkeit ist, besonders der Umstand, dass die Fälle mit verminderter Schmerzempfindlichkeit einen durchweg höheren Procentsatz für die Spannung ergeben. Sie ist ein nicht gleichwerthiges Symptom und liegt theils unwillkührliche Innervation (wahrscheinlich vom Rückenmark etc. aus) theils willkührliche (psychische Negirung) vor.

Zu den nicht seltenen Symptomen, namentlich bei melancholischen Zuständen mit Sensationen, gehört Röthe des Gesichts, zuweilen der Ohren, mit einem subjectiven Hitzegefühl. Dieselbe ist theils mehr beständig, theils erscheint sie nur in stundenlangen Anfällen des Tages. Sie ist oft nur einseitig vorhanden, in einigen Fällen beständig auf derselben Seite, während in andern die Seite wechselt, oder bei höherer Intensität beide Seiten gleichmässig ergriffen werden. Der Uebergang auf die 2. Seite findet auch im Verlauf des Krankheitsprocesses in solchen Fällen statt, wo Jahre lang nur die erste Seite ergriffen war. In einem solchen Falle, wo Jahre lang die linke Seite blass, im weiteren Verlauf diese mehr roth war, wurde durch Chloral rasch die rechte wieder mehr roth, so dass hier Uebereinstimmung mit dem physiologischen Experiment bei von ihrem Centrum getrennten vasomo-

torischen Nerven vorliegt. Die Temperatur-Differenz an beiden Seiten (auch anderswo, an den Händen etc. gemessen) betrug nicht über 1,40⁰ R. Es ist nicht Regel, dass der rötheren Gesichtshälfte eine engere Pupille entspricht. Zuweilen findet sich auf der rötheren Seite eine stärkere Schweisssecretion. Kron (Berlin).

III. Verschiedene Mittheilungen.

571) Aus Riga. Hierselbst ist eine *Heil- und Pflegeanstalt für geistig zurückgebliebene und geistesschwache Kinder* von Dr. med. Ch. von Schröder errichtet worden, der früher längere Zeit Assistenzarzt an der Irrenanstalt Rothenberg gewesen ist. In einer besonderen Abtheilung der Anstalt finden auch *epileptische* Kranke Aufnahme, und zwar auch Erwachsene. Complicationen mit Geistesstörung sind jedoch von der Aufnahme ausgeschlossen.

572) Aus Hamburg. Der frühere Oberwärter der hiesigen Irrenanstalt Friedrichsberg Herr A. Löwy hat in Rellingen bei Pinneberg auf „Schröders Landsitz“ (bekannt durch Schröder und Klopstock) eine Privat-Irrenanstalt errichtet. Es können nur 10—15 Kranke, und zwar nur Männer aufgenommen werden. Die ärztl. Leitung liegt in den Händen des Kreisphysicus Dr. Wenk in Pinneberg.

573) Aus Jena. Die Privatanstalt des verstorbenen Professors Dr. Siebert soll verkauft resp. verpachtet werden.

554) Aus Berlin. Die ärztliche Leitung der Maison de Santé in Neu-Schöneberg hat Herr Dr. Jastrowitz übernommen.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk (Posen) II. Assistenzarzt, baldigst. 2000 M., freie Station. 2) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), zweiter Arzt, Gehalt 3600 Mark, Familienwohnung mit Heizung, Beleuchtung und Garten. Kenntniss der französischen Sprache. Antritt baldigst. Meldungen an den Kais. Bezirkspräsidenten von Lothringen in Metz bis 1. October. 3) Eichberg (Nassau) 3. Hilfsarzt, 1. November, 900 M., fr. Station. 4) Osnabrück 2. Assistenzarzt, baldmöglichst, 900 M., fr. Station. 5) Die Kreisphysicate Borken, Burgk (Greiz), Fulda, Gnesen, Geilenkirchen, Münsterberg (Breslau).

Ehrenbezeugung. Bez.-Phys. Geh. San.-Rath Dr. Schultz in Berlin erhielt den Rothen Adler-Orden IV. Classe.

Ernannt. Dr. Klamroth in Cöslin zum Physicus des Kreises Labiau.

Todesfälle. San.-Rath Dr. Günther in Danzig. Kr.-Phys. San.-Rath Dr. Freudenstein in Homberg.

Druckfehler.

Pag. 445 ist statt Sikler zu lesen „Sihler.“
Pag. 455 ist statt anämisch zu lesen „urämisch.“

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. November 1882. Nro. 21.

INHALT.

I. Referate.

575) **Kahler** (Prag): Ueber den Faserverlauf in den Hintersträngen des Rückenmarks. (Vortr. auf der Naturforscher-Vers. zu Eisenach.)

Die bekannten Versuche Singer's über die nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln des Rückenmarks (der Sacral- und Lendennerven) sich entwickelnde, in den Hintersträngen aufsteigende secundäre Degeneration haben das Resultat ergeben, dass die sogenannten Goll'schen Stränge nahezu ausschliesslich aus von den genannten Nervenwurzeln direct zur Oblongata aufsteigenden Fasern zusammen-

gesetzt sind. Die fehlende, auf dem Wege des Durchschneidungsversuches nicht zu erzielende Ergänzung dieser Befunde hat der Vortr. als Nebenproduct einer experimentellen Arbeit über die Compressionserkrankung des Rückenmarks erhalten. Den Versuchsthieren wurde flüssiges Wachs, vom sechsten Brustwirbel nach aufwärts, in den epiduralen Raum injicirt, dass beim Erstarren sowohl das Rückenmark als die Nervenwurzeln comprimirte und letztere regelmässig zur Degeneration brachte. Diese Degeneration betraf zunächst die oberen Brust- und die unteren Halsnerven und führte in jedem Falle zu einer aufsteigenden secundären Degeneration.

Durch Combination aller einschlägigen Befunde war der Vortr. in die Lage versetzt, das Gesetz für die topographische Vertheilung der nach Wurzelläsion sich entwickelnden aufsteigenden Hinterstrangdegeneration zu formuliren und somit den Verlauf der von den einzelnen Nervenwurzeln direct im gleichseitigen Hinterstrange zur Oblongata ziehenden Faserbündel zu bestimmen. Es stellte sich dabei eine vollkommene Regelmässigkeit für alle Wurzeln heraus, die ihren Ausdruck in dem Satze findet, dass in einem bestimmten Rückenmarksquerschnitte die aufsteigenden Fasern der einzelnen Wurzeln um so näher dem hinteren Ende des Septum med. stehen, je tiefer die Eintrittsstelle der Wurzel fällt. Im obersten Halsmarke stellen die von den einzelnen aufsteigenden Fasergruppen eingenommenen Felder eine Figur dar, die aus einander successive einschliessenden, der Peripherie aufgesetzten Dreiecken besteht; das grösste Dreieck, d. i. die am weitesten lateral gelegenen Bahnen gehören den oberen Halsnervenwurzeln, das kleinste Dreieck d. i. die dem hinteren Ende des Septum medianum anliegenden Bahnen den Sacralnerven an, dazwischen liegen in regelmässiger Anordnung die übrigen.

Vortr. geht auf die normale und pathologische Anatomie des menschlichen Rückenmarkes ein und folgert aus den vorliegenden Befunden einen gleichen Faseraufbau für dasselbe. Die auf Grund entwickelungsgeschichtlicher Thatsachen bisher allgemein anerkannte Trennung der Hinterstränge in ein mediales (Goll'sche Stränge) und ein laterales (Hinterstranggrundbündel) Feld verträgt sich mit dem angenommenen Aufbau der Hinterstränge aus den aufsteigenden Fasern nicht, die Befunde selbst aber, welche zur Annahme zweier Fasersysteme in den Hintersträngen geführt haben, finden ihre volle Erklärung darin, dass die länger marklos bleibenden, langen, aufsteigenden Faserzüge in dem medialen Hinterstrangfelde unvermischt, in den lateralen Feldern hingegen von kurzen bereits markhaltigen Fasern durchflochten, verlaufen.

Die secundäre aufsteigende Degeneration nach Quertrennung des menschlichen Rückenmarks giebt, nach Befunden des Vortr. einen um so breiteren Degenerationskeil, je höher oben sich die Läsionsstelle befindet, was in voller Uebereinstimmung mit dem erschwerten Faseraufbau der Hinterstränge steht, und auch die aufsteigende Degeneration nach Läsion der Cauda equina lässt sich für die Anschauung des Vortr. gut verwerthen. Was endlich die Befunde bei Systemer-

krankungen in den Hintersträngen betrifft, so lassen diese, bei Aufstellung der Hypothese, dass sie primär sich in den langen, aufsteigenden Bahnen localisiren, keine unlösbaren Widersprüche entdecken.

R . . . n.

---

576) **Skolosubow:** Beitrag zur Kasuistik der sclerosis cerebrospinalis disseminata. (Medizinskoje Obosrenie, russisch. XVII. p. 3.)

577) **J. Klein** (Moscau): Ueber die pathologische Anatomie der sclerosis cerebrospinalis desseminata. (Daselbst p. 9.)

Sk. theilt zwei Krankengeschichten mit Sectionsprotocoll mit, von denen die zweite eine 45jährige Bäuerin betrifft, die im Hospitale an Dysenterie starb und dadurch besonders ausgezeichnet war, dass die Symptome während des Lebens durchaus auf die Sclerose laterale amyotrophique (Charcot) hinwiesen, während die Section disseminirte Sclerose aufdeckte.

Prof. Klein resumirt seine Arbeit folgendermaassen. 1. In frühen Stadien der Krankheit findet man in den Herden die Gefässe erweitert; es erscheinen lymphoide Zellen in den Perivasculärräumen; Vermehrung der Neurogliakerne, Infiltration der Neurolglia mit lymphoiden Elementen und Vergrösserung der Masse der intertubulären Substanz. 2. In späteren Stadien erfolgt unter dem Einfluss der behinderten Circulation in den veränderten Gefässen und hauptsächlich in Folge des Druckes von Seiten der neuen zelligen Elemente eine degenerative Atrophie der Nervenröhren und theils auch der Nervenzellen. 3. Endlich wird die Neuroglia ersetzt durch ein Gewebe das den Charakter des sclerotischen Bindegewebes trägt, wobei stellenweise vollständige Obliteration der Gefässe erfolgt, wodurch die Ernährung der erkrankten Theile noch mehr leidet.

Buch (Helsingfors).

---

578) **Westbrook** (New-York): A case of cerebral contusion.

(The Americ. journ. of neural. & psch. Nro. 3. 1882.)

58jähr. Maler fiel am 6. Juni d. J. von einem Wagen. Zuerst gänzliche Bewusstlosigkeit, später Erbrechen. In der Nacht Unruhe, heftige Kopfschmerzen. Pupillen normal. P. 70. T. 37,0 C. In der nächsten Nacht derselbe Zustand. Antworten klar. Am 9. alle Erscheinungen wesentlich gebessert. Tags darauf verlässt Pat. das Bett und geht umher. In der folgenden Nacht rasche Verschlimmerung, Schlaflosigkeit, heftige Kopfschmerzen, Delirien, Jactation. Am 12. sehr ausgesprochene Somnolenz, auf Anrufen wird automatisches Oeffnen der Lider und Herausstrecken der Zunge erzielt. Keine Parese oder Anästhesie. Leichte spasmodische Bewegungen der Extremitäten beiderseits, meist in der Richtung der Extension. In der Sacralgegend ein Erythem. Pupillen unbeweglich. T. 37,9. P. 80. Am 3. Juli Exit. leth.

Section 24 h. p. m. Linke Temporalmuskel blutig infiltrirt. Im Periost des gleichnamigen Os pariet. eine kleine Ecchymose. Im Hinterhauptsbein 3 Fissuren von $^1/_2$—3″ Länge, die grösste links. In der Pia Ecchymosen über die ganze Convexität, die obere Fläche des Cerebellum, den Pons und die Medulla obl., am stärksten über

Occipital- und Temporal-Windung und dem Orbitaltheil der 1. und 2 Stirnwindung je ein Erweichungsherd, letzterer sehr ausgedehnt. Nirgend Zeichen entzündlicher Reaction. Kron (Berlin).

---

579) **Voormann** (Hagen i. W.): Marantische Hirnsinusthrombose bei einem Kinde. Genesung. (Deutsche medic. Wochenschrift. Nro. 36. 1882.)

Ein 1/2 jähr. Kind zeigte im Anschluss an einen erschöpfenden Darmkatarrh die Symptome der Sinusthrombose, u. a. anhaltender Tremor der Zunge, Zukkungen der rechten Extremitäten, Nackenstarre, Strab. converg., bedeutende Zunahme des Kopfumfanges durch schnell wachsenden Hydrocephalus, Anschwellung der (mit dem Sin. long. durch Emissarien communic.) Vena temp. superfic. linkerseits bis zur Dicke eines Gänsefederkiels, von oben nach unten zunehmender Härte derselben, Oedem der Umgebung auf dem Scheitel und der linken Stirnhälfte. Nach 3 Wochen allmählige Abnahme aller Erscheinungen. Der Hydrocephalus blieb noch längere Zeit zurück. Erst nach Verlauf eines Jahres wurden Sinneseindrücke merklich percipirt, zuerst die des Gehörs. (Aufhorchen auf Gesang). Das jetzt 4 1/2 jähr. Kind ist körperlich kräftig entwickelt, steht aber geistig auf dem Niveau eines 2—2 1/2 jährigen. Kron (Berlin).

---

580) **Warfvinge:** Krankheiten des Nervensystems. Aus der med. Abtheilung des Sabbatsberger Krankenhauses 1881. (Hygiea 1882. Nro. 6. schwedisch.)

Zahlreiche kurze Krankengeschichten z. Th. mit Obductionsprotocoll ohne besonderes Interesse bis etwa auf folgenden Fall von Hirntumor:

Frau, 63 J. a., grosse Apathie, Gedächtniss fast verschwunden. Antworten langsam, nicht immer richtig. Pupillen gleich weit, reagiren gut auf Lichtreiz; Gesichtsmuskulatur normal; beide l. Extremitäten paretisch; Kopfschmerz. Faeces und Urin ins Bett. Eine Woche vor dem Tode klonische Krämpfe in den l. Extremitäten; dann Coma, Tod. Section: Wallnussgrosser Tumor im untersten Theil des Corpus striatum bis zur Cortikalsubstanz reichend. In der Umgebung Blutextravasate und Gehirnerweichung; der ganze Herd hühnereigross; sonst nichts abnormes. Tumor ergiebt sich als zellenreiches Gliosarkom.

Buch (Helsingfors).

---

581) **Moss** (Heidelberg): Ueber Meningitis cerebralis epidemica, insbesondere über die nach derselben zurückbleibenden kombinirten Gehörs- und Gleichgewichtsstörungen. (Wiesbaden, Bergmann.) D. Med. Z. 1882. 41.

Nach eingehender Besprechung der Literatur beschreibt der Verfasser 64 Fälle und zwar ziemlich ausführlich. Er unterscheidet: Menning. cerebral. siderans, Abortiform, intermittirende Form und protrahirte Fälle. Die Krankheit begann meist mit Erbrechen, aber auch mit Konvulsionen, Frost u. s. w.

Von den 64 Personen wurden 48 taubstumm, 20 taub und 5 schwerhörig, und zwar meist schon in den ersten Tagen. In 32 Fällen blieb taumelnder Gang (Entengang) zurück.

Patologisch ist die Arbeit wenig förderlich, da keine Sektionsbefunde angegeben sind. H. Messer (Mannheim).

---

582) **Fiesinger** (Thaon): Sur un cas de vertige auriculaire, simulant la maladie de Ménière. (Revue médicale XIV/14.) D. Med. Z. 1882. 41.

Am 25. April 1881 erhielt Herr R. eine ziemlich heftige Ohrfeige (er stürzte zu Boden). Die sofort eingetretene Schwerhörigkeit vermehrte sich bald bis zur Taubheit. Nach kurzem gesellte sich auch Schwindel und Summen dazu, R. musste sich, um nicht zu fallen, an den Möbeln halten u. s. w. Vor Gericht wurde bei der Verhandlung gegen den Angreifer darauf wenig Werth gelegt. (!?) „La lésion auriculaire passa inaperçue."

Im Mai verstärkten sich die häufigeren Schwindelanfälle, welche jetzt mit Bewusstlosigkeit verbunden waren, der Appetit schwand, Digestionsstörungen traten auf. Die am 29. Mai erfolgte Untersuchung seitens des Autors ergab:

Patient ist indifferent, stark, mittelmässig begabt, hörte bisher gut, war nie syphilitisch, ist gut genährt; er klagt über Brummen im Ohre, Taubheit und Schwindelanfälle. In der That wird er bei der Untersuchung mit dem Spekulum, dessen Einführung allerdings, wie der Verf. sagt: „un peu trop brusquement" geschieht, sofort von einem solchen Anfall ergriffen, dreht sich zweimal um seine Axe und stürzt. Die Untersuchung ergiebt einen Riss im Trommelfell.

Patient wurde nun örtlich mit Alkohol und Tannin, innerlich mit Bromkalium (2,0) behandelt und besserte sich zusehends. Nachdem noch ein Rückfall, veranlasst durch unvorsichtiges Baden, überstanden war, erfolgte die Heilung (März 1882).

Aus dem, den sog. Ménière'schen Erscheinungen so ähnlichen Symptomenkomplex schliesst nun der Verfasser auf die Vorgänge und den inneren Zusammenhang bei derlei Fällen und erklärt sie für Reflexerscheinungen. Für die Praxis aber und für forensische Gutachten ist der mitgetheilte Fall ein ausserordentlich lehrreiches Beispiel, indem er zeigt, wie schwere und anderen Krankheitsformen ähnliche Zufälle eine verhältnismässig leichte Verletzung am Ohre nach sich zieht, welche Läsion sammt allen Complicationen bei zweckmässiger Behandlung vollständig und ohne besondere Schwierigkeiten wieder schwindet.

H. Messer (Mannheim).

---

583) **W. Kirchner** (Würzburg): Ueber die Einwirkung des Nervus trigeminus auf das Gehörorgan. (Festschrift zum dreihundertj. Jubiläum der Univ. Würzburg. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig.) D. Med. Z. 1882. 41.

In dieser Arbeit sucht der Verf. experimentell festzustellen, dass Verletzungen im Verbreitungsbezirke des Trigeminus zu Affektionen des Ohres Veranlassung geben können. Nach Anführung der Versuche über die Gefässbeziehungen und Ernährungsstörungen in der Paukenhöhle von Gellé, Hagen und Bertholt richtet er sein Angenmerk vorläufig auf den dritten Ast des Nerv. trigem. und zwar aus praktischen Gründen, da das Verbreitungsgebiet desselben sich über den Pharynx erstreckt, indem der Tensor vel. palat. — wohl der wichtigste Tubenmuskel — von ihm versorgt wird und die Wechselbeziehung zwischen Pharynx und Paukenhöhle vielfach in ätiologischer Beziehung zu den

Erkrankungen des Ohres steht. Nachdem der Verfasser gemeinschaftlich mit dem Assistenten des pharmakolog. Instituts, Dr. Aschenbrandt, bei einer Reihe von Tierversuchen den dritten Ast des Nerv. trig. an der vorderen Partie der Bulla ossea blossgelegt und letztere hinreichend miteröffnet hatte, konnte man das Verhalten der Schleimhaut in Bezug auf Gefässfüllung und Schleimsekretion ganz gut durch direkten Einblick studiren und zwar bei der Durchschneidung während und nach der elektrischen Reizung des Nerven. Bei Versuchen mit ganz *schwachen* Strömen und bei etwa 10 Sekunden Dauer füllten sich die Gefässe der Paukenschleimhaut stärker und man konnte das zierliche Gefässnetz viel deutlicher hervortreten sehen. Nach Aufhören des elektrischen Reizes dauerte die stärkere Gefässfüllung noch mehrere Sekunden lang an und blasste allmählig wieder ganz ab. Bei Anwendung von *strärkeren* Strömen und längerer Dauer zeigte allmählich die Schleimhaut im ganzen als Folge der stärkeren Gefässinjection eine livide Färbung, welche erst nach längerem Pausiren des elektrischen Reizes wieder blass wurde. Ausser diesen Veränderungen in der Cirkulation trat auch mit der sträkeren Gefässfüllung eine stärkere Absonderung von dünnem, wässerigen Schleim in der Paukenhöhle auf, welche mit dem Aufhören des Reizes wieder verschwand.

Nach *Verletzung* des dritten Trigeminusastes mittelst Ausreissens desselben nahe an der Schädelbasis fand sich bei der nach einigen Wochen vorgenommenen Sektion starke Wulstung der Paukenhöhlenschleimhaut und eine mässige Menge schleimig-eitrigen Sekretes. Diese Erscheinungen lassen sich vielleicht in folgender Weise erklären:

Es könnte der Fall sein, dass in Folge der Reizung des dritten Trigeminusastes auf dem Wege des Reflexes eigenthümliche Nervenfasern, welche der Sekretion vorzustehen haben, angeregt würden, oder dass mit der stärkeren Gefässfüllung auch eine stärkere Schleimabsonin Folge des vermehrten Blutzuflusses stattfinden würde; auch das Gangl. oticum, das mit dem Nervengeflechte der Paukenhöhle in Verbindung steht, könnte von wichtiger Bedeutung für die Cirkulations- und Sekretions-Verhältnisse in der Paukenhöhle sein.

Ausser dem wissenschaftlichen Interesse hat diese Arbeit noch die practische Bedeutung, dass der Arzt bei Affectionen des Trigem. dazutretende Ohraffectionen viel leichter zu diagnostiziren und zu bekämpfen haben wird. H. Messer (Mannheim).

---

584) **A. Häcker** (Bogoroditzk): Beitrag zur Kenntniss der atrophischen Spinallähmungen Erwachsener. — Polio- (Thephro-) Myelitis anterior. (St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 40 1882.)

Der Kreisarzt A. G. 41 Jahre alt, erkrankte plötzlich, ohne vorher unwohl gewesen zu sein, am 14. Juli 1881 an Schwäche der untern Extremitäten, die sich am Morgen zunächst nur beim Treppensteigen bemerkbar machte; bis zum Abend konnte er noch auf ebener Strasse ohne Stock gehen, das Treppensteigen war aber um diese Zeit schon ohne Unterstützung unmöglich; es waren zunächst die Muskeln des linken Oberschenkels ergriffen, dann später des rechten; folgt nun rasch in den nächsten Tagen Parese beider untern Extremitäten und am 5—6. Tage voll-

kommene Lähmung derselben. Unterdessen hatte sich am 3. und 4. Tage Schwäche der Rumpfmuskeln (aufrechte Haltung beim Sitzen erschwert u. s. w.), darauf zuerst Schwäche des linken, dann des rechten Armes bemerkbar gemacht, die, rasch an Intensität zunehmend, in Parese und Lähmung überging; zuletzt wurden auch noch die Nackenmuskeln und theilweise die Gesichtsmuskeln ergriffen, so dass am 11. Tage nach Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen (am 25. Juli) folgendes Bild sich darbot: Pat. von regelmässigem, gracilem Knochenbau, mittlerer Wuchs, schwache Muskulatur, Panniculus adiposus kaum wahrnehmbar, Rückenlage; untere Extremitäten vollkommen motorisch gelähmt. Muskeln schlaff, passive Bewegungen unbehindert; desgleichen vollkommene Lähmung der Rumpfmuskeln — auch nicht die leiseste seitliche Bewegung ausführbar, Bauchpresse aufgehoben; linker Arm absolut bewegungslos; am rechten Arm können nur im Handgelenk und mit den Fingern leichte Bewegungen ausgeführt werden; der Kopf kann nach hinten gar nicht, nach vorn nur schwach, seitlich aber frei bewegt werden. — Die Muskeln des Gesichts paretisch — stärkeres Aufbeissen (Brodkau'n) unmöglich, Oeffnen und Schliessen des Mundes unbehindert; die Lippen können nicht zum Pfeifen gespitzt, die Wangen nicht aufgeblasen werden; Ausspeien unmöglich; die Augen werden unbehindert geöffnet und geschlossen, doch stärkeres Zusammendrücken derselben, sowie Stirnrunzeln unmöglich; Bewegungen der Zunge und Schluckbewegungen frei. — Am Abend dieses Tages stellten sich noch Inspirationsbeschwerden ein, tiefes Aufathmen unmöglich; Expectoration, Husten, Räuspern unausführbar. — Mit Ausnahme leichter Bewegungen des Kopfes und der rechten Hand war also der ganze Körper durchaus bewegungslos. — Sphincteren frei, Urinentleerung selten, aber trotz fehlender Bauchpresse, vollständig; Urin hellgelb, klar, ohne Eiweiss; Defaecation, bei Abwesenheit der Bauchpresse, nur durch hohe, mehrfache Klystiere und mit mechanischer Nachhülfe ausführbar. — Die Sensibilität ist an den untern Extremitäten — und zwar an der hintern Fläche derselben bis über die Nates hinauf, an der vordern bis zum Knie fast vollkommen aufgehoben; — Tastgefühl entschieden aufgehoben — Nadelspitze oder Knopf, Tuch oder Holz oder Metall werden nicht unterschieden; ein zwischen die Zehen gelegter Bleistift wird nicht wahrgenommen; Nadelstische werden nur bei stärkerem Drucke gefühlt; Temperaturempfindung sehr herabgesetzt; Muskelsinn erhalten. — An den Händen das Gefühl des Vertaubtseins; eine hochgradige Verminderung des Tastgefühls auch objectiv nachweisbar, ob Tuch oder Leinewand oder Holz die Finger berührt, wird nicht unterschieden: eine zwischen die Fingerspitzen gelegte Nadel wird nicht als solche erkannt, etc.; Temperatur und Schmerzempfindung in geringerem Grade herabgesetzt. — Haut- und Sehnenreflexe vollkommen aufgehoben. In den innern Organen nichts Krankhaftes nachweisbar; das Allgemeinbefinden leidet nur durch psychische Depression; Pat., überzeugt, an der Landry'schen Paralyse zu leiden, erwartet täglich das Weiterschreiten der Lähmung und den Tod; Sensorium sonst frei, Pupillen gleich, klein, reagiren normal. Dieser Zustand dauerte unverändert 2—3 Wochen; in der Mitte des August-Monats wurden 2 Decubitusgeschwüre am untern Theil des Kreuzbeins und am Steissbein bemerkt, deren Entstehung vom Pat. nicht wahrgenommen worden war; es waren 2 fast runde Geschwüre von c. 1½ Cm. im Durchmesser, 6—8 Mm. tief, mit schmutzigem, dunkelgrauem Grund und übelriechendem Secret. — Um dieselbe Zeit wurde eine hochgradige Atrophie aller von der Lähmung befallenen Muskeln constatirt, namentlich auffallend an den Schultern und in den Intercarpalräumen der Hände, an den Ober- und Unterschenkeln, in geringerem Grade, aber jedenfalls bemerkbar, am Rumpf und im Gesicht.

Die Decubitusgeschwüre vergrösserten sich nicht, blieben c. 8 Tage unverändert und besserten sich dann allmälig unter einfachem Verbande mit leicht adstringirenden Salben, bis sie nach 3—4 Wochen verheilt waren. — Während dieser Zeit fingen auch die Lähmungserscheinungen an, sich allmälig zu bessern; die Respirations-, namentlich Inspirationsbeschwerden waren schon früher geschwunden. Beweglichkeit stellte sich zunächst in den Rumpf- und Rückenmuskeln ein (leichte seitliche Bewegungen des liegenden Körpers ermöglicht), während die Parese der Gesichtsmuskeln gleichzeitig abnahm; dann konnten leichte Bewegungen der Hände, dann der Arme ausgeführt werden; in den letzten Tagen des September war die Motilität an allen Theilen des Oberkörpers wiedergekehrt, die unteren Extremitäten aber noch vollständig gelähmt; erst nach c. 3 Wochen, am 20. October, zeigten sich die ersten Spuren wiederkehrender Motilität der Beine darin, dass Pat. zunächst ohne Unterstützung einige Secunden stehn konnte; von dann an ging die Heilung verhältnissmässig rasch vor sich, so dass Pat. am 15. November schon, auf 2 Stöcken gestützt, gehen, und in der zweiten Woche des December schon ausfahren und sich als geheilt betrachten konnte. Allgemeine Schwäche und Unsicherheit der untern Extremitäten hielten noch mehrere Monate lang an.

Die ersten elektrischen Untersuchungen die am 7. und 8. Tage vorgenommen wurden, ergaben durchaus normale Verhältnisse; erst im September, als die Motilität in den obern Extremitäten sich aber noch im Zustande vollkommener Lähmung befanden, bei unverändeter Atrophie der gelähmten Muskeln, zeigte sich an allen ergriffenen Theilen hochgradige Entartungsreaction und zwar nicht nur an den auch complet gelähmten untern Extremitäten, sondern auch in der obern Körperhälfte, wo zum grössten Theil die Motilität sich schon bemerkbar machte — namentlich auch im Facialisgebiet. —

In Bezug auf die Anamnese ist zu bemerken, dass Pat. vor 20 Jahren den Typhus exanth. überstanden hat; vor 19 Jahren wurde er syphilitisch inficirt. Seit 8 Jahren gebrauchte er gewohnheitsmässig Morphium in Form von subcutanen Injectionen; eine allgemeine Erkältung (Schlafen, Nachts, auf feuchter Erde, bei erhitztem Körper) war vor 8½ Jahren die Ursache starker Schmerzen im Laufe des rechten (weniger stark des linken) Nerv. ischiadicus gewesen derenwegen er zur Morphiuminjection griff.

Wenn in dem vorliegenden Falle in den ersteren 2—3 Wochen der Tod eingetreten wäre — was ja leicht denkbar, durch Weiterschreiten der Lähmung oder etwa in Folge eines Bronchialcatarrh's (der, bei der vollkommenen Unfähigkeit zu expectoriren, durchaus tödtlich gewesen wäre), so hätte ohne Zweifel die klinische Diagnose Paralysis ascendens acuta (Landry) lauten müssen — und wäre die Frage nahegelegt, ob in solchem Falle anatomische Veränderungen im Rückenmark nachweisbar gewesen wären !? — Später konnte der acute Decubitus die Diagnose erschweren, die sich erst sicherstellte, als Atrophie und electrische Entartungsreaction der Muskeln nachweisbar waren. — Es unterliegt wohl keinen Zweifel, dass die Entartungsreaction, obgleich die Constatirung derselben erst später stattfand, schon füher vorhanden war, als die Atrophie sich der Inspection bemerkbar machte; bei magern Individuen muss die letztere immer schon einen höheren Grad erreicht haben, um auffallend zu werden; es ist daher bei der Diagnose auf die elektrische Entartungsreaction der Mus-

keln jedenfalls das Hauptgewicht zu legen! Es handelte sich also um eine s. g. Polio- (Tephro-) Myelitis anterior oder atrophische Spinalparalyse wobei der acute Decubitus und die sehr bedeutende Sensibilitätsstörung als seltene, bisher bei dieser Krankheit nicht oder wenigstens nicht in dieser Ausdehnung beobachtete Erscheinungen, besonders hervorzuheben sind; soll doch zum Theil das Charakteristische dieser Art der Spinallähmung in Abwesenheit des Decubitus und jeglicher Sensibilitätsstörung bestehen. — Gleichfalls bemerkenswerth ist das Ergriffensein der Gesichtsmuskeln und die Inspirationsbeschwerden.

R . . . n.

---

585) **Eulenburg** (Berlin): Ueber graphische Darstellung der Sehnenphänomene. (Vortr. auf der Naturforscher-Vers. zu Eisenach.)

Vortr. bringt die Sehnenphänomene mit Hülfe einer Stimmgabel von 62 Schwingungen in der Secunde, so dass jede Schwingung einer Zeit von 0,01613 Secunden entspricht, zur Anschauung. Von den beiden schreibenden Hebeln entspricht der eine der Klopfung, der andere der Zuckung, von den beiden Curven zeigt demnach die eine die Zeit des Beginnes der Quadricepscontraction, die andere die Zeit der Zuckung der Sehne. Bei den Curven sieht man Anfangs eine kleine Erhebung, entsprechend der Schwingung der Weichtheile (auch da zu constatiren, wo ein Kniephänomen gar nicht vorhanden ist), dann kommt eine grössere Erhebung, sich über eine Anzahl von Schwingungen ausdehnend, entsprechend der Quadricepscontraction. Alsdann sieht man oft noch neue, secundäre Elevationen hinzutreten, aufzufassen als elastische Nachschwingungen des Muskels. Es kann diese Erhebung aber auch als der Ausdruck des Hautreflexes angesehen werden (Watteville). Die Frage bleibt aber noch eine offene. Das Kniephänomen fehlt nach Berger nicht allein bei Tabetikern, sondern auch bei 2% Erwachsener, nach Eulenburg sogar bei über 4% und bei Kindern über 5%. Nach *Strychnin* ist das Phänomen, wie einige Curven zeigen wiedergekehrt.

Thomas (Freiburg) bemerkt in der Debatte, dass er bei Kindern das Phänomen nie vermisst habe. Eulenburg replicirt, dass er bei ganz kleinen Kindern dieselbe Beobachtung gemacht hat, nicht aber bei grösseren.

R . . . n.

---

586) Zur Therapie der Tabes dorsalis. (Debatte auf der Naturforscherversammlung zu Eisenach.)

Eulenburg berichtet über drei Fälle von sicherer Heilung nach Behandlung mit Argent. nitr., der Galvanotherapie und Hydrotherapie. Nach 5—7 Jahren wären noch keine Recidive eingetreten. Argent. nitr. wirkt bei einzelnen Fällen entschieden bessernd, lässt bei anderen ganz im Stich, wohl deshalb, weil es in den Darm zersetzt hineinkommt. Eulenburg hat daher statt des innerlichen Gebrauches von Argent. nitr. zu subcutanen Injectionen von löslichen Silbersalzen gegriffen. Er wandte einmal phosphorsaures Silber (gelbe, in Wasser schwer lösliche Krystalle), dann aber vor allem unterschwefligsaures Natronsilber

(0,1 frisch gefälltes Chlorsilber, 0,6 Natr. subsulf. 20,0 Aqu. destill.) an. Eine Allgemeinwirkung tritt nach der subcutanen Behandlung mit Sicherheit auf. Auch die Shapman'schen Rückenschläuche sind zu versuchen. Strychnin ist in letzterer Zeit vernachlässigt worden, bessert aber mit Sicherheit einige Symptome, z. B. die Sehschärfe bei Amblyopien.

Senator stellt ebenfalls die medicamentöse Behandlung in den Vordergrund, obwohl er noch nie eine Heilung wohl aber oft erhebliche Besserung gesehen hat. Argent. nitr. zeigt im Hospital bessere Erfolge als in der Privatpraxis, und zwar deshalb, weil ausser dem lange fortgesetzten Gebrauch des Mittels Muskelruhe eine nothwendige Bedingung ist, welche die Kranken viel eher im Hospital, als in der privaten Pflege innehalten. Die Patienten sollen sich nicht überanstrengen, müssen viel im Bette sein. Senator glaubt an eine Resorption des Argent. nitr. im Darm.

Eulenburg bemerkt, dass das Silber nicht in gelöster Form circulire, wenn als Argent. nitr. gegeben.

v. Mering-Strassburg macht auf die Silberpräparate der Amidosäuren, z. B. das Glycocollsilber und Alaninsilber und ähnliche Präparate zur subcutanen Injection aufmerksam.

Strümpell-Leipzig hebt hervor, dass das Ergotin in letzter Zeit empfohlen sei und jedenfalls in kleiner Dose versucht werden müsse, da eine Einwirkung auf die Hinterstränge nach den Versuchen Tuczek's sicher nachgewiesen ist.

Thomas-Freiburg macht darauf aufmerksam, dass das Silber im Körper, ausser in Haut und Nieren, auch in den Plexus chorioidei nachgewiesen sei und frägt an, ob Eulenburg dies bei seinen Versuchen bestätigt gefunden habe, was aber, wie E. antwortend bemerkt, nicht der Fall war.

R . . . n

---

587) **Mülberger** (Herrenalb.): Zur Casuistik und Behandlung der Angina pectoris. (Memorabil. 1882.)

Verfasser erzählt von einem zwanzigjährigen jungen Manne, welcher an einer reinen Neurose des Herzens, Angina pectoris, litt und sich dadurch Erleichterung zu schaffen suchte, dass er beide Fäuste gegen die Herzgegend stemmte oder die Herzgegend an den Tischrand zu pressen suchte. Verf. ahmte diese instinktmässig angewendete Selbsthilfe nach, indem er, nach Entkleidung des Oberkörpers, den Thorax von hinten her mit seinem linken Arm umfasste und mit dem Rücken seiner rechten Faust die Herzgegend kräftig frottirte und dabei in kurzen Pausen lebhafte Stösse gegen das Herz führte. Diese Manipulationen schafften wesentliche Erleichterung und verminderten die Heftigkeit des Paroxysmus. Nach fünf Minuten trat Ruhe ein. M. glaubt nun in den Erschütterungen des Herzens auf mechanischem Wege ein ausgezeichnetes Palliativ zu haben, um die Heftigkeit und Dauer der stenokardischen Anfälle in Schranken zu halten. Er bemerkt ferner dazu, dass das Kneten und Reiben gegen Muskelkrämpfe ein altes, längst gekanntes und oft erprobtes Mittel ist. Da der

stenokardische Anfall auch nichts Anderes, als ein Krampf des Herzmuskels sei, so läge es nahe, auch hier bei ähnlichem Vorgehen einen ähnlichen Effect erwarten zu dürfen. R . . . n.

---

588) **A. Erlenmeyer** (Bendorf): Ueber traumatische Lähmung des Plexus brachialis. (Sep.-Abdr. aus dem Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte 1882. Nro. 17.)

Der Fall, welchen Verf. dem Vereine der Aerzte zu Coblenz am 2. Mai 1882 vorstellte und näher in einem Vortrage beschrieb, bietet des Interessanten mancherlei. Ein 28jähriger Metzgermeister stürzte in einen 4—5 Meter tiefen Mühlengraben auf die *linke* Seite, Schulter, Hals und Gesicht contundirend. Er konnte, befreit, sofort den l. Arm nicht mehr bewegen. Fractur und Luxation nicht vorhanden. Nach 13 Tagen electrische Behandlung der vorhandenen Lähmung durch den Verf. Die Bedeutung dieses Falles liegt in der Localisation der Lähmung: Beugung, Streckung, Spreizung der Finger der gelähmten Extremität, ebenso Beugung und Streckung im Handgelenk sind gut ausführbar, Bewegungen, die theils vom ulnaris, theils vom medianus ausgelöst werden. Letzterer Nerv und die von ihm beherrschten Muskeln des Daumenballens zeigten herabgesetzte faradische und galvanische Erregbarkeit und dem entsprechend auch geringe Störungen der Sensibilität, objectiv und subjectiv nachweisbar. Bei herabhängendem, pronirtem Arme ist eine active Supination nicht möglich. Paralyse, resp. Parese des M. supinat. brevis, vom N. radialis versorgt, wozu sich die Lähmung des M. supinator longus gesellt, da active Beugung des Vorderarms absolut unmöglich ist. Ein ähnliches Verhältniss findet sich bei dem vom N. radialis innervirten M. triceps. Alle diese Muskeln, die zum Theil noch bewegungsfähig waren, zeigten Entartungsreaction. Sämmtliche übrigen Bewegungen der l. Extremität absolut unausführbar. Sehr stark abgeschwächt erscheint die einzig noch übrig gebliebene Hebung und Rückwärtsziehung der Schulter durch active Contraction des M. cucularis.

Die weitverbreitete Lähmung bezieht sich also auf:

1. N. thoracicus anterior.	M. pectoralis major.
2. N. axillaris.	M. deltoideus.
3. N. musculo cutaneus.	M. biceps, brachialis internus.
4. N. thoracicus lateralis.	M. serrat. antic. major.
5. N. subscapularis.	M. latissimus dorsi.
6. N. suprascapularis.	M. infraspinatus.
7. N. radialis.	M. triceps, supinator longus, supinator brevis.
8. N. medianus.	Daumenballenmuskeln.
9. N. accessor.	M. cucullaris.

1—7 zeigen Entartungsreaction; Nerven unerregbar, Muskeln faradisch *nicht* (triceps allein auf farad. starke Ströme); galvanisch aber Herabsetzung der Erregbarkeit mit qualitativer Veränderung der Zuckungsformel.

8—9 Nerven und Muskeln einfache, stark verminderte Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten.

Für die complete Lähmung sämmtlicher Schultermuskeln spricht das Fehlen jeder Difformität der Schulterblattstellung. Die dünnen, gelähmten Muskeln sind im Zustande atrophischer Degeneration. Trophische und vasomotorische Störungen fehlen. An der gelähmten Extremität zeigen sich selbständig spontane Bewegungen von sehr kleiner Schwingungsweite, wahrscheinlich als Bewegungen der Haut aufzufassen. Was den Sitz der Lähmung angeht, so ist eine cerebrale und spinale Ursache auszuschliessen und nur die periphere anzunehmen. Alle hier gelähmten Nerven entwickeln sich aus dem 5. und 6. Cervicalnerven; es liegt also ein Fall von traumatischer Lähmung des 5. und 6. Cervicalnerven vor Eintritt in den plex. brachialis vor mit gleichzeitiger Stammlähmung des 1. Cucullarastes des N. accessorius, welcher ja den obersten Theil des plexus kreuzt. Hinsichtlich der Prognose wird auf die electr. Reaction aufmerksam gemacht. Die Wiederherstellung der gelähmten Seite ist nicht, wie C. Remak will, von der Länge der Nerven abhängig, sondern nur von dem Grade der Lähmung. Verf. beweist dies an einem Falle von M. Bernhardt und an dem vorliegenden, bei welchem zuerst die von den längsten der gelähmten Nerven innervirten Muskeln in Action traten. Bei der Behandlung kommt vorwiegend der constante Strom in Betracht. Die Anode ist hoch an den Nacken, die Kathode über den Plexus auf eine auf Fingerdruck meist schmerzhafte Stelle zu appliciren. Stabil. 8—10—12 Elemente bei 2—3 Minuten Dauer. Die Muskeln sind in leichten Fällen faradisch zu behandeln, in schweren mit der Kathode. Kathodenschliessungszuckungen sind anzuwenden, da forcirte Anodenreizung die Muskeln schlaffer reagirend macht. Nebenher werden Waschungen der gelähmten Theile mit kaltem Wasser, Frottirung und active und passive mechanische Uebung empfohlen.

Goldstein (Aachen).

---

589) **Burckhardt** (Préfargier): Ein Fall von Worttaubheit. (Corr. für Schweizer Aerzte 1882. 20.)

Der nachstehend mitgetheilte Fall entbehrt zwar noch des autoptischen Schlusses, und somit eines wesentlichen Theiles seiner Bedeutung. Er bietet aber in seinem Verlaufe schon so grosses Interesse, dass seine Publication gerechtfertigt erscheint.

Herr N. N., ca. 53 Jahre alt, früher körperlich und geistig gesund, als Lehrer und Journalist stark und erfolgreich beschäftigt, wurde Anfangs 1877, ohne andere Vorboten als eine seit Monaten bemerkte Abmagerung und Blässe, von Aphasie, Alexie und Agraphie zugleich ergriffen.

Eigentliche Motilitätsstörungen des Rumpfes und der Extremitäten fehlten; dagegen war eine gewisse Unsicherheit in der Auswahl der Bewegungen zu bemerken. Sollte Pat. z. B. die Hand in die Höhe halten, so stand er vom Sessel auf, sollte er einen Gegenstand mit den Augen fixiren, so griff er darnach, alles, ohne den Fehler zu bemerken. Ebenso liess er öfters eine richtig intendirte Bewegung zu lange andauern.

Nur der linke Mundfacialis war und blieb mimisch und spontan mässig paretisch, ohne übrigens, so wenig als die Muskeln der Extremitäten electrisch alterirt zu sein.

Die Bulbi bewegten sich etwas langsam. Pat. klagte überhaupt bei raschen Bewegungen auch des Körpers über Schwindel, und ging deshalb etwas langsam und breitspurig. — Keine Diplopie.

Die organischen Bewegungen des Athmens, Urinirens u. s. w. gingen normal. — Die Pupillen waren eng, die rechte öfters starr, unbeweglich.

Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung erschienen, wenn auch nicht fein, doch gut, die Localisation im Gesicht etwas unsicher. Die cutanen Reflexe waren schwach. Die Sinnesorgane functionirten normal. Müdigkeit. Spannung im Kopfe bestanden fast dauernd. Die Gemüthslage wechselte zwischen stark melancholischen Verstimmungen und optimistischer Schönseherei. Das Gedächtniss hatte entschieden gelitten. Der Schlaf war schlecht und unerquicklich.

Die vegetativen Functionen gingen befriedigend von Statten, nur war atheromatöse Rigidität der Aortenklappen ausser Zweifel. Die Carotiden pulsirten schwach, die Arterien des grossen Kreislaufes überhaupt erwiesen sich als ungenügend gefüllt, zum Theil auch (Temporales, Radiales) rigid.

Die Störungen im Sprachgebiet erlaube ich mir nun genauer zu beschreiben.

I. *Schriftssprache. Abschreiben* geht richtig, aber langsam und mit *veränderter Handschrift.*

Dictirtes schreibt Pat. wieder mit gewöhnlicher Handschrift, aber unterbrochen und sprachlich schlechter. Einzelne Wörter fallen aus, andere fliessen in eines zusammen („einen“ statt „eines neuen“) oder bringen falsche Bestandtheile (z. B. „schehen“ statt „stehen“), Am schlechtesten schreibt und rechnet Patient *aus dem Gedächtnisse.* Statt des allbekannten: „Rufst du mein Vaterland“ schreibt er „Wunnewein du Volk“ und bleibt dann stecken. Statt des 1 $\times$ 1 schreibt er die Zahlenreihe von 1—19. Multiplication und Subtraction werden durcheinander geworfen, dagegen eine kleine Addition richtig ausgeführt.

II. *Lautsprache.* Patient spricht etwas langsam, zögernd, unterbricht sich häufig, indem er über seine Ungeschicklichkeit lacht oder zürnt. Er articulirt die einzelnen Laute richtig, Defecte treten erst in ihrer Zusammensetzung zu Silben, Wörtern und Sätzen hervor.

Am besten *singt* Patient *nach,* was ihm vorgesungen wird. So sang er das „Rufst du“ etc. Zeile für Zeile richtig nach, nur „geweiht“ wurde zu „verschweiht.“ Als ihm aber (unabsichtlich) die 5. Zeile *vor* der 4. vorgesungen wurde, brachte er kein Wort heraus, ohne jedoch den Irrthum zu erkennen. Es ging wieder gut, als man den Fehler verbesserte.

Weniger gut *spricht* Patient Vorgesagtes *nach.* In dem unten citirten Satz sagt er „zweite“ statt dritte „sinnelenen Wahrsehung entgegenbränzten“, ferner „durch“ und „Zustäune“, das Uebrige richtig.

Antworten aus dem *Gedächtniss* erfolgten sehr wechselnd, bald besser, bald schlechter, hauptsächlich aber langsam, so dass es leicht war, folgendes Gespräch aufzuschreiben. Wie alt sind Sie? „Fünf — vierzig.“ Wann geboren? „Zwanzig und sechs.“ Was war Ihr Vater? „Mein Vater war Schreiber — oder — a — a Schneider,“ Wie viel Geschwister haben Sie? „Vier, nämlich vier Knaben und zwei Mädchen — meine — ja so — sechs, fünf sind gewesen, vier sind gestorben.“ Welcher sind Sie? „Ich bin der älteste. Ein Bruder ist Schreiner, einer ist — a — a Basler — ach nein — Gafner (Name des Oberwärters).“ Hafner? „Ja präcis.“

Wie heisst Ihre Frau? (Reibt sich die Stirne) „Traurig das zu sagen . . . . Gr — Gr Grieschen.“ — Lieschen? „Nein.“ Rosine? „Nein“ (schaut im Kalender), „Man sagt gewöhnlich die Mutter.“ (Nach längerem Besinnen) „Grit — tli.“ — Wann essen Sie zu Nacht? „Etwas nach elf.“ — Nach sechs? „Nach sieben — sechs, ja; Margerit heisst meine Frau.“

Viel schlimmer noch geht lautes *Vorlesen*. Patient soll den Satz lesen: Dieses ist das Dritte, was unserem Bewusstsein die sinnliche Wahrnehmung entgegenbringt. Wir bekommen durch sie nämlich Aufschluss über gewisse innere Zustände der Körper. Er liest: „Dieses ist das zweite, ervon hausern bestotzten die sinnliche — me — sam — mer — ne — munk ent — be — grent — betränkte. Er des mammen durch eis ganzuls Aspensom auber gegillen inserne Zustänge der Körper.“

Am schlechtesten aber geht *freies Recitiren*. Die Art der Sprache gleicht der des Vorlesens. Aber Patient ermüdet viel leichter, und bleibt, die Stirne reibend, mitten im Satze stecken.

Patient erholte sich unter allgemein roborirender und unter electrischer Behandlung (Galvanisation des Sympathicus) im Verlaufe einiger Monate recht ordentlich. Er konnte wieder ziemlich geläufig schreiben und lesen, literarisch thätig, aber nicht mehr Lehrer sein. Die Sprache blieb etwas langsam, gedehnt hie und da kam ein unrichtiges oder verstümmeltes Wort, oder fiel eines aus. Im Allgemeinen verkehrte er aber mit ziemlicher Leichtigkeit. Die vegetativen Functionen gingen befriedigend, auch der Schlaf. Am meisten fühlte sich Patient durch den stets zunehmenden Schwindel belästigt, gegen welchen die Therapie machtlos war.

Im Frühling 1881 wurde Patient, ohne besondere Gründe, sichtlich schwächer. Er sass viel und stöhnte unbewusst. Seine literarischen Producte verloren an Klarheit, er wurde reizbarer. Eines Morgens im Juni hatte sich Patient zur gewöhnlichen Zeit erhoben, um seine Frau und Kinder zu begrüssen. Er sank aber in der Mitte des Zimmers zusammen, einer allgemeinen Schwäche, nicht einer besonderen Lähmung wegen. Der Hausarzt constatirte nur eine Verstärkung der *linksseitigen* Facialisparese. Pat. sprach allerlei durch einander, beschwerte sich, dass man ihm nicht antworte. Wollte man aber mit ihm reden, so nahm er keine Notiz davon. Er hatte die Fähigkeit, das gesprochene Wort zu verstehen, völlig eingebüsst — *er war worttaub geworden.* Schriftlich dagegen, und durch die sprachlichen Mundbewegungen konnte man sich gut mit ihm verständigen. — Er hatte ferners die Kenntniss der Zeit verloren, Um 10 Uhr wollte er zu Mittag essen und Abends aufstehen. Ohne eigentlich zu deleriren äusserte er eine Menge von Gedanken und Begehren. Er taxirte seinen Zustand optimistisch.

Eine grosse Schwäche hielt den Patienten bis Mitte August im Bette, seither steht er Nachmittags etwas auf. Ende August 1881 sah Patient blass und cachectisch aus. Seine körperliche Kraft war sehr reducirt, ausser der Parese des linken Facialis war keine circumscripte Lähmung aufzufinden. Haut und Muskulatur waren schlaff und welk, die patellaren Sehnenreflexe fehlten, die cutanen Reflexe von der Fusssohle her waren augenscheinlich verlangsamt. Die organischen Bewegungen gingen ordentlich. Stuhl verstopft; das Herz ergab denselben Befund wie früher, die Pupillen waren gleich, eng, und erweiterten sich träge. Rasche Bulbusbewegungen erregten wie früher, Schwindel, Patient drehte deshalb Kopf und Augen sehr langsam und vorsichtig. Auch sonst litt Patient stark an Schwindel, selten an Kopfweh.

Das Gedächtniss war für frühere Dinge ordentlich. Pat. äusserte grosse Freude, mich zu sehen, hoffte baldige Besserung, daneben machte er, beständig lachend, satyrische Bemerkungen über sich und mich.

Er sprach langsam und gedehnt, hie und da gebrauchte er, ohne es zu merken, falsche Wörter. Doch drückte er sich im Allgemeinen gut und ohne besondere Schwierigkeiten aus. Er sprach gern und viel, oft mit unmotivirtem Lachen. Er articulirte gut und deutlich, doch nicht ganz ohne Anstoss.

Höchst auffallend war nur, dass Patient kein Wort verstand, was gesagt wurde. Sein Gehör war gut; rechts jedenfalls krankhaft empfindlich, denn er rügte starkes Reden, Rufen, starke Geräusche, wie Thüren zuschmettern und dergleichen, als sehr unangenehm. Er hörte das Ticken der Uhr, die Repetition beidseitig gut, links etwas weniger. — Sprach man zu ihm, so war es gerade, als ob er dadurch selbst zum Reden, zum Erzählen etc. angeregt würde. Aber den Inhalt des Gesagten verstand er so wenig, als ein englischer Papagei chinesisch. Nur die zwei Wörter *ja* und *nein* verstehe er manchmal, wenn sie seine Frau sage. Merkwürdiger Weise hatte er von seinem Defect keine Ahnung. In einem an mich gerichteten Briefe vom September 1881 klagte er über Müdigkeit im Kopfe, über Unklarheit, Schwierigkeit zu denken, aber, was doch zunächst läge, von seiner Worttaubheit sagte er keine Silbe. Allerdings lernte er es, sich zu helfen. Er sah ordentlich vom Munde des Sprechenden ab, obwohl, wegen bald eintretender Ermüdung, nie lange; er las richtig schriftliche Fragen laut und richtig vor und beantwortete sie gehörig. Er schrieb ganz geläufig aus dem Kopfe und nach Vorschrift, die Schrift blieb sich dabei gleich. Er löste die ihm früher theilweise vergeblich gestellten arithmetischen Aufgaben richtig. Nur mit den Zahlen war er noch im Unklaren. Statt des *ersten* schrieb er den *letzten* Vers von „Rufst du mein Vaterland“ etc.

Die früher benannten Anomalien seiner Stimmung hatten sich bedeutend verschlimmert. Patient ist sehr empfindlich, erzürnt sich leicht, ist schwer zu befriedigen. Seine Pflege war deshalb keine leichte, und um so weniger, da ihn allerlei deliriöse Vorstellungen beherrschen.

Ende Juni 1882 hatte sich Pat. körperlich etwas erholt, und sprach eher besser als im August 1881; er las besser vom Munde seiner Frau und seiner Kinder ab, man verkehrte deshalb leichter mit ihm. *Seine Worttaubheit ist aber genau dieselbe geblieben.*

Die Prüfung mit den Pflüger'schen Farbentafeln ergab nur in Violett eine Unsicherheit. — Jedenfalls ist auch das excentrische Sehen beschränkt, doch liess sich der Perimeter nicht bestimmen. Sicher aber ist Hemianopsie irgend einer Form auszuschliessen. R . . . n.

---

590) **Röhring:** Ein Fall von Tetanie. (D. med. Wochschr. 37. 1882.)

Eine 26 jähr., neuropathisch nicht disponirte Arbeiterfrau, 5 J. verheirathet, gebar am 20. Febr. 1880 zum 4. Male. Zunächst normales Puerperium. Am 27. Febr. Abends plötzlich eigenthümliches Schmerzgefühl im Halse und reissende Schmerzen in beiden Gesichtshälften, zuweilen Kopfschmerzen und Ohrensausen. In der Nacht vom 27. zum 28. abwechselnd Hitze und Kältegefühl, Formication namentlich in den Händen, darauf leichte Zuckungen in denselben und in den Füssen. Am 1. März zuerst in der linken, dann in der rechten Hand anhaltend, schliesslich in derselben Reihenfolge, jedoch von kürzerer Dauer, in den Füssen tetanischer Zustand. Weiterhin sind die Oberarme fest an den Thorax gedrückt, die Unterarme mit stark contrahirter Muskulatur über der Brust gekreuzt, die Finger flectirt, die Hände mässig dorsalflectirt, die Kniee gestreckt, die Wadenmuskeln schmerzhaft. T. 37, 5 (Achsel),

Dieser Zustand verlor sich bei einer Behandlung mit Kal. brom. (stündlich 1 Esslöffel eine 10⁰/oen Lösung) und Chloral (Abends 2,0). In den beiden folgenden Nächten trat zu unregelmässigen Zeiten je ein einstündiger Frost mit nachfolgender Hitze und mehrstündiger Steifigkeit der Finger auf. Unter Ausschluss aller möglichen ätiologischen Momente bringt Verf. den tetanischen Anfall mit dem Säugen in Zusammenhang, wobei freilich unerklärt bleibe, warum ein solcher niemals in den früheren Lactationszeiten aufgetreten sei.

Kron (Berlin).

---

591) **Ladowski:** Ein Fall von acuter Epilepsie in Folge von Verkühlung. (Medizinskoje Obosreni, russisch, XVII. p. 717.)

Eine vollkommen gesunde Frau von 20 Jahren ging am Morgen eines sehr windigen und kalten Tages nur sehr leicht gekleidet hinaus, um die Läden zu öffnen. Darauf den ganzen Tag Frösteln, Unwohlsein, die folgende Nacht Schlaflosigkeit; am nächsten Morgen ein 2—3 Stunden dauernder epileptischer Anfall; an diesem und den nächstfolgen 6 Tagen 10—12 kürzere Anfälle täglich; dann Eintritt ins Krankenhaus. Hier Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Milz und Leber constatirt, leichte Temperaturerhöhung. Die Anfälle wurden als echt epileptische festgestellt mit einer Aura in Form eines Schmerzes in der Magengrube. Chinin blieb wirkungslos, dagegen trat nach Anwendung folgender Mixtur kein Anfall mehr ein: Kalii bromati 4, Tinct. Convallariae majalis 12, Aq. dest. 200.

(Ref. beobachtete vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall. Ein etwa 10 jähriger Knabe fiel beim Gange in die Dorfschule in einen mit Wasser gefüllten jedoch mit Schnee überwehten Graben und wurde bis an den Leib durchnässt. Er kehrte mit gefrorenen Beinkleidern nach Hause zurück und bekam noch am Abend desselben Tages einen Anfall, der nach der genauen Beschreibung der Mutter nur ein epileptischer sein konnte. In der Nacht erfolgten noch einige ähnliche Anfälle. Am nächsten Morgen verordnete ich Bromkalium in grösseren Dosen, wonach die Anfälle nicht wiederkehrten. Etwa ein halbes Jahr später sah ich den Kranken wieder, er war vollkommen gesund.)

Buch (Helsingfors).

---

592) **Knecht** (Colditz): Jackson'sche Epilepsie mit Lähmung im Gebiet des linken Facialis. Erweichungsherd in der rechten vordern Centralwinduug an der Stelle des „Facialiscentrums." (Allg. Zeitschr. f. Psych. Band 39. Heft 2 u. 3. 1882.)

Der 49 jähr. marantische Pat. zeigt zuerst (12. Oct.) eine unvollständige Lähmung des linken Facialis, einige Tage später heftige Zuckungen desselben mit Bewusstseinsstörung auf der Höhe des Anfalls. Es sind nur die m. zygom. levat. ang. oris et alae nasi, buccinator, sowie die Retractores und levatores aur., also nur die Wangen- und Ohrzweige des Facialis betheiligt. Die Lähmung nimmt unmittelbar danach zu, kehrt aber bald wieder auf den früheren Grad zurück. Die Anfälle wiederholen sich mehrfach, einige Male treten auch Zukkungen im linken Bein dabei auf. Eine umschriebene Stelle unterhalb des rechten Scheitelbeinhöckers erscheint bei der Percussion schmerzhaft. Der Tod erfolgte am 3. November im Coma.

Die *Section* ergiebt den obengenannntem kirschgrossen Erweichungsherd, der auf Thrombose eines arteriellen Rindenzweiges zurückzuführen ist. Was die Krämpfe des linken Beines betrifft, so hält es Verf. für nicht unwahrscheinlich, dass sie durch eine von dem thrombotischen Herde ausgehende zeitweilige collaterale Stauung ausgelöst worden sind. Kron (Berlin).

---

593) **Bannister** (Kankakee, Ill.): Note on bromide mania and the supposed compensatory action of epileptic attacks. (The Americ. journal of neurol. & psych. Nro. 3. 1882.)

Verf. hält die Erregtheit, die manche Epileptiker bei der Behandlung mit Brompräparaten zeigen, für eine directe Wirkung des Mittels, während von anderer Seite die Unterdrückung der Anfälle als Ursache angesehen wird. Zum Beweise wird folgender Fall mitgetheilt:

Ein 46jähr. Epileptiker hatte alle 3—4 Wochen einen Anfall mit Erregtheit kurz vor und nach demselben. In den Intervallen verhältnissmässig ruhiges Verhalten mit Gehörshallucinationen und Verfolgungswahn. Bei Behandlung mit Bromiden rasch Acne, Foetor etc. gefolgt von excessiver Erregtheit mit Zunahme der Wahnideen, während die epilept. Anfälle ausblieben. Mit dem Aussetzen des Mittels kehrte der alte Zustand zurück. Nitroglycerin in 1%iger Lösung, in steigender Dosis bis zu 15 Tropfen gereicht bewirkte darauf ebenfalls eine Sistirung der Anfälle, eine Erregtheit trat aber nicht ein, das Allgemeinbefinden besserte sich vielmehr dabei.

Kron (Berlin).

---

594) **Hubert Grashey** (Deggendorf): Ueber die sphygmographischen Pulscurven Geisteskranker. (Arch. f. Psych. XIII. 2. p. 293.)

Der in der übrigens rein physiologischen Arbeit für die Psychiatrie in Betracht kommende Satz ist folgender: dass der bei Geisteskranken häufig beobachtete Pulsus rotundo-tardus (d. i. Curve mit rundem Gipfel und allmähligem Abfall) durch *Abnahme der Leistungsfähigkeit des Herzventrikels* bedingt ist und nicht durch verminderte Leistung der vasomotorischen Nerven; durch letzere sollen vielmehr Curven mit spitzem Gipfel bewirkt werden. Verf. stützt seine Ansicht durch die Annahme, dass die ganze Descensionslinie der normalen Pulscurve mit ihren positiven Wellen durch centrale Einflüsse bedingt wird: Unterbrechung des Herzaortenstroms und Anprall der Blutwelle gegen die Semilunarklappen, und *nicht* durch active Arbeit des Arterienrohrs (Wolff). —

Der Beweis wird durch eine längere Erörterung von Schlauchexperimenten geführt in Bezug derer auf das Original verwiesen werden muss. Langreuter (Dalldorf).

---

595) **C. Pelman:** War Guiteau geisteskrank? (D. med. W. 37. 1882.)

Verf. weist auf den von Hagen geschilderten Fall Chorinsky hin, dessen Aehnlichkeit mit Guiteau eine ganz ausserordentliche ist und kommt wie schon Andere vor ihm zum Schlusse, dass Letzterer nicht unbedingt geisteskrank und daher auch nicht unbedingt unzurechnungsfähig war, sich aber als ein zu Geistesstörungen stark disponirter, ja als ein schon halb kranker Mensch in einem Zustande verminderter Zurechnungsfähigkeit befand, der ihn wenigstens von der Todesstrafe hätte befreien sollen.

Der schroffe Unterschied, ob zurechnungsfähig oder nicht, sei nicht länger haltbar, und die Forderung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit mache sich immer unbeweisbarer geltend.

Kron (Berlin).

---

596) **Kirn** (Freiburg i./B.): Ueber die klinisch-forensische Bedeutung des perversen Sexualtriebes. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. H. 2 u. 3. 1882.)

K. hat die Sittlichkeits-Verbrecher der Freiburger Strafanstalt untersucht und darunter eine Anzahl von Fällen gefunden, die psychopathischen Ursprungs sind. Die mitgetheilten sehr instructiven Beispiele von perversem Geschlechtstriebe betreffen Geschlechtsvergehen Erwachsener gegen kleine Mädchen und Päderastie. In Bezug auf die ersteren bemerkt Verf., dass nicht selten Greise, deren körperliches und geistiges Verhalten alle Zeichen der Senescenz an sich trägt, deren Geschlechtstrieb in der Regel sogar lange Zeit hindurch geschwiegen hatte, auf die Anklagebank kommen.

Indem Verf. sich dagegen verwahrt, diese Vergehen im Allgemeinen auf eine pathologische Grundlage zurückführen zu wollen, stellt derselhe in Rücksicht darauf, dass wenigstens ein Theil solcher Vorkommnisse eine forensisch-psychiatrische Beurtheilung erheischt, folgende Thesen auf:

1. In jedem zweifelhaften Falle einer Anklage eines widernatürlichen Geschlechtsvergehens sollte eine gerichtsärtzliche Expertise erhoben werden.

2. Diese hat in erster Linie zu ergründen, ob von Jugend an ein angeborner, nicht erst später erworbener perverser Trieb, somit eine conträre Sexualempfindung vorhanden sei.

3. Bejahenden Falles hat sie sich weiter anthropologisch zu vertiefen, den Stammbaum des Individuums festzustellen, seinen geistigen und moralischen Eigenarten, den Zeichen von Schwachsinn, krankhaften Richtungen und anderen Erscheinungen der psychischen Degeneration nachzuforschen.

4. Von dem Resultat dieser streng zu individualisirenden Untersuchung wird es abhängen, ob das fragliche Individuum nur als eigenartiges neuropathisches oder als ein ausgesprochen geistesgestörtes aufgefasst werden muss. Im ersteren Falle würde die geistige Freiheit als mehr oder weniger beschränkt, im zweiten als aufgehoben zu erachten sein.

Kron (Berlin).

---

597) **Snell** (Hildesheim): Ueber das Verhältniss der Dementia paralytica zur Syphilis. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. H. 2 u. 3. 1882.)

Laut Protocoll der Naturforscher-Versammlung vom J. 1879 hätte Verf. in der Discussion über den Erb'schen Vortrag (Syphilis und Tabes) geäussert, auch bei Dem. paral. komme die Syphilis in ca. 75% als Ursache vor.

Derselbe corrigirt nun diese unrichtige Notiz, indem er seine Ansichten und Erfahrungen in der genannten Frage darlegt:

Eine auffallend grosse Zahl der paralyt. Männer hat früher an Syphilis gelitten. Unter den 21 Kranken, die sich am 1. April d. J. in der Hildesheimer Anstalt befanden, gab es z. B. 11, die mit Lues behaftet gewesen waren. Ein 12ter war wegen eines Hautausschlags mit Mercurialeinreibungen behandelt worden. 4 weitere Kranke hatten Geschwürsnarben am Penis, konnten aber keine Auskunft geben.

Bei 10 der oben erwähnten 11 Paralytiker waren alle luëtischen Erscheinungen geschwunden, als die Gehirnkrankheit auftrat. 5 derselben hatten inzwischen gesunde Kinder gezeugt. Nur einer war bei seiner Aufnahme mit Psoriasis specif. behaftet. (Die Paralyse war etwa 9 Jahre nach der Infection aufgetreten). Eine Quecksilber- und Jodkaliumbehandlung beseitigte zwar die Hautaffection, hatte aber keinen Einfluss auf die Hirnkrankheit.

Von den 3 paralytischen Frauen, die sich gleichzeitig in der Anstalt befanden, war keine syphilitisch gewesen.

Verf. kommt zum Schluss, dass ein bestimmtes Urtheil über den Zusammenhang von Dem. paral. und Syphilis bei dem jetzigen Standpunkte der Wissenschaft nicht möglich ist: „Wenn ein Paralytiker vor 10 oder 20 Jahren an constitioneller Syphilis gelitten hat, wenn aber alle Erscheinungen derselben dauernd verschwunden waren, wenn er gesunde Kinder erzeugt hat, wenn endlich in dem Gehirne solcher Kranken nach ihrem Tode keine Veränderungen aufgefunden werden, die nach unseren jetzigen Kenntnissen dem luëtischen Krankheitsprozesse angehören, so würde es die Grenzen einer nüchternen, objectiven Beurtheilung überschreiten, diese Erkrankungen einfach als syphilitische Paralysen zu bezeichnen. Wir müssen die Aufklärung dieser Verhältnisse der Zukunft überlassen.“ Kron (Berlin).

---

598) **F. Jolly** (Strassburg): Ueber die staatliche Fürsoge für Epileptiker. (Arch. für Psych. XIII. 2. p. 311.)

Um die Frage der staatlichen Färsorge zu entscheiden, classificirt Verf. die Epileptiker zunächst in:

1. Solche, welche der Spitalpflege nicht bedürfen, für welche aber doch eine bestimmte Form der öffentlichen Fürsorge wünschenswerth ist: (D. i.: nicht geisteskranke, nicht allzuhäufig von Anfällen heimgesuchte, arbeitsfähige.)

2. Solche, welche vorübergehend in Anstalten aufgenommen werden müssen.
   a. in Folge von transitorischer Geistesstörung.
   b. in Folge von periodisch gehäuften Anfällen und dadurch bedingter vorübergehender Erwerbsunfähigkeit.

3. Solche, welche für längere Zeit, oder dauernd zu hospitalisiren sind.

a. Chronisch Geisteskranke.

b. Epileptiker mit häufigen Anfällen, in Folge deren Siechthum oder geringe geistige Schwäche eingetreten ist.

Indem J. im Allg. die Verpflichtung des Staates für Epileptische zu sorgen, anerkennt, macht er für die Unterbringung folgende Vorschläge.

Für die Kranken sub. 2 wären möglichst viele (nach der Schätzung Jolly's für jeden Regierungs-Bezirk *eine* mit 20—30 Betten) Epileptikerstationen am Besten im Anschluss an die allg. Krankenhäuser erforderlich. Damit verbundene Polikliniken sollen durch ambulante Behandlung, Verabreichung von Medicamenten etc. für die Kranken sub. 1 sorgen.

Von den Epileptikern unter 3 gehören die chronisch Geisteskranken in die Irrenanstalten und die unter b. genannten in *Pflegeanstalten*, die entweder ausschliesslich für Epileptiker vorhanden sind, oder als besondere Abtheilungen der allgemeinen Pflegeanstalten.

Für jugendliche Epileptische endlich werden *besondere Stationen* am besten in Verbindung mit den Idiotenanstalten eventuell mit den Pflegeanstalten verlangt. — Von den bisher bestehenden Anstalten hebt Verf. besonders die gut prosperirende von der „inneren Mission" errichtete Anstalt zu Bielefeld hervor (bis jetzt 390 Betten), die zugleich Pflegeanstalt für versorgungsbedürftige nicht geisteskranke Epileptische und Erziehungsanstalt für epileptische Kinder ist.

(Die Trennung der sub. 3 unter a und b genannten *chronisch geisteskranken* Epileptiker und solcher „mit *einem geringen Grade geistiger Schwäche*" dürfte unter Umständen grosse Schwierigkeiten machen. In der Berliner städt. Irrenanstalt zu Dalldorf sind desshalb beide Kategorien vereint untergebracht, im Ganzen augenblicklich 215 Versorgungsbedürftige in 2 gesonderten Pavillons für Männer und Frauen — ohne Schaden für das Ganze; denn einerseits sondern sich die verhältnissmässig geistig intacten in ihrem Umgange auch ohne Raumtrennung von den Geisteskranken ab und empfinden die Gesellschaft derselben kaum unangenehm, andererseits sind die ersteren eine werthvolle Stütze für das Warte- und Pflegepersonal, in vielen Fällen, im Gefühle eigenen Unglücks, sorgfältiger und aufopfernder als dieses selbst. Ref.) Langreuter (Dalldorf).

---

599) **Ladame** (Neuenburg): Der Hypnotismus in der gerichtl. Medicin. Geschlechtlicher Missbrauch während des hypnotischen Schlafes.

(Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte 1882 Nro. 11 u. 12.)

Im Winter 1880/81 bereiste ein Pariser Magnetiseur, Donato, die Schweiz und gab in einzelnen Städten Vorstellungen von grossem Erfolg; namentlich in dem französischen Theil der Schweiz machte der sehr gewandte Magnetiseur ungeheures Furore. (Vergl. d. Centralbl. 1881. Nro. 142.) Alle Welt suchte die Experimente nachzumachen und besonders im Ct. Neuenburg (dessen Bewohner speciell

einen leicht erregbaren, specifisch französischen Caracter zeigen) nahm die Magnetisirwuth einen solchen Umfang an, dass die Regierung sich in sehr lobenswerther Weise bewogen fand, durch Dr. Ladame öffentliche Vorträge zur Aufklärung über den Hypnotismus halten zu lassen; als Frucht dieser Specialarbeiten verdankt auch die Wissenschaft Dr. Ladame eine sehr bemerkenswerthe Arbeit über sein interessantes Thema.*)

Dem gleichen Arzte war es nun auch vorbehalten, die Literatur mit einem gerichtsärztlichen Gutachten aus dem Gebiet des Hypnotismus zu bereichern, das wir, des grossen Interessen wegens auch ziemlich ausführlich skizziren werden.

Im Juli 1881 verlangte ein junges Mädchen in Chaux-de-fonds (St. Neuenburg) Aufnahme in das Spital für seine Ende September zu erfolgende Niederkunft, mit der Angabe, sie sei am Abend vor Weihnachten geschwängert worden und zwar von einem jungen Burschen, der sie oft magnetisirt und an jenem Abend in diesem magnetischen Schlafe missbraucht habe. Auf diese Angaben hin (die nicht als Anklage, sondern nur behufs Aufnahme in das Spital gemacht worden) nahm doch der Untersuchungsrichter die Sache zur Hand und im Verlaufe dieser Untersuchung gelangte die Affaire zur gerichtsärztlichen Behandlung von Dr. Ladame.

Die demselben vorgelegten Fragen lauteten:

1. Können die Angaben der Marie T. überhaupt als möglich und wahrscheinlich gelten?

2. Hat ein Coitus statthaben können unter den angegebenen Umständen und namentlich, ohne dass sich die Missbrauchte des an ihr vollzogenen Actes bewusst war?

3. War die T. vollkommen willenlos und konnte sie sich nicht irgendwie wehren gegen ihren Verführer?

4. Ist überhaupt eine Schwängerung möglich, wenn die Frau im Zustande völliger Bewusstlosigkeit sich befindet.

Das Gutachten antwortet:

ad. 1. Ja, die Angaben der T. entbehren keineswegs der Möglichkeit. —

Aus den Acten geht hervor, dass der Angeklagte die T. sehr oft und stets mit Erfolg hypnotisirte und zwar so leicht, dass es nur eines Blickes oder einer Geste von ihm bedurfte, um sie sofort tief einzuschläfern. Und so geschah es auch an jenem Weihnachtsabend; die T. sagt wörtlich: Er hat mich in der Küche magnetisirt, ohne mich nur vorher zu fragen; nachher bin ich denn für ein Moment halb aufgewacht, und da habe ich unbestimmt gemerkt, dass ich auf meinem Bette liege und er auf mir sei; ich wollte ihn zurückstossen, aber ich hatte absolut keine Kraft, und da hat er mich noch tiefer eingeschläfert; ich wollte schreien, aber ich konnte auch dieses nicht; etc. etc.

Ladame macht darauf aufmerksam, dass es verschiedene Grade

---

*) **Ladame; La névrose hypnotique, 1881 Sandoz (Neuchatel).**

des magnetischen Schlafes gebe, und dass in den leichtern Graden das Bewusstsein noch theilweise erhalten sein könne, aber trotzdem sei auch in diesem Stadium der Wille machtlos, obschon sich die betr. Person einbilde „wollen zu können.“ —

ad. 2. Auch diese Frage wird bejaht; denn es konnten schon die schmerzhaftesten Operationen an hypnotisirten Personen vorgenommen werden, ohne dass dieselben es nur merkten. Und zwar besteht bei solchen Hypnotisirten eine vollständige und alle Organe betreffende Unempfindlichkeit, nicht etwa wie bei einzelnen Hysterischen, wo gerade nur die geschlechtlichen Organe ihre Empfindungsfähigkeit beibehalten haben.

ad. 3. Bei Hypnotisirten besteht eine absolute Willenslosigkeit, und deshalb konnte auch die F. ihrem Verführer nicht widerstehen.

ad. 4. Zur Schwängerung ist nichts nöthig als die wirkliche Vereinigung des Samens mit dem Ei im Innern des weiblichen Körpers; also weder Einwilligung der Frau noch irgendwelche Wollustempfindungen auf der einen oder andern Seite.

Ladame betont an verschiedenen Stellen natürlich stets, dass er bei allen Bejahungen der verschiedenen Fragen die wirkliche Hypnotisirung als gegeben erachten müsse; eine Simulation dieses Zustandes sei allerdings ja leicht möglich, und dann fielen ja die Fragen von selbst dahin. —

Die weitere richterliche Untersuchung ergab denn noch, dass sich damals der Angeklagte nur ganz kurz in der Küche aufgehalten, ferner dass die betr. Person (Marie T.) ein etwas zweifelhaftes Leben führte. Gestützt auf diese zwei Punkte, sowie auf den Umstand, dass die Behauptung des Missbrauchs erst so spät aufgetreten und endlich in Anbetracht, dass es diesmal der angeblich Hypnotisirten unmöglich sei, Genaueres über das in diesem Zustand Erlebte anzugeben, während die Betreffende bei frühern derartigen Anlässen ganz gut Alles zu erzählen gewusst, beschloss die Anklagekammer: es sei der Angeklagte nichtschuldig und der Untersuchung zu entheben.

Theils als Einleitung, theils auch als Abschluss dieses sehr gut gearbeiteten Gutachtens führt Ladame die wenigen in der franz. Litteratur aufzufindenden Fälle ähnlicher Art im Excerpt bei; weder in Deutschland noch in Oesterreich sind nach betr. brieflichen Mittheilungen von Liman und Hoffmann bis jetzt solche Fälle vorgekommen.

Der erste Fall ist schon im Jahre 1858 in der „Presse médicale de Marseille“ veröffentlicht durch Coste und Broquier; der zweite stammt aus dem Jahre 1865 und wurde begutachtet von Auben und Rouse in Toulon; der dritte Fall findet sich in dem berühmten Buch von Tardreu (Etude médico-légale sur les attentats aux moeurs); der vierte ist durch Bronardel in den Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1879 beschrieben. Es sind dies alles Fälle von geschlechtlichem Missbrauch von wirklich oder angeblich hypnotisirten Personen. —

(cfr. Hofmann, Lehrb. d. g. Med. II. Aufl. p. 152. und Krafft-Ebing, Lehrb. d. g. Psychopath. II. Aufl. p. 314.) Bailly (J. Sylvain) Rapport des Commissaires de l'académie des sciences. Paris 1784.)

Ein fünfter Fall bietet so viel Interesses, dass er wohl verdient, hier näher scizzirt zu werden; er findet sich von Dr. Motet in der Märznummer 1881 der Annales d'hygiène etc. beschrieben:

Ein erstinstanzliches Gericht verurtheilte einen Mann zu 3 Monaten Gefängniss, der Nachts $^1/_2$9 Uhr von den Agenten der Sittenpolizei in der Umgebung eines öffentlichen Pissoirs arretirt worden, unter der Anklage, er sei über eine halbe Stunde im Pissoir geblieben und hätte sogar einen von ihnen zu unzüchtigen Handlungen aufgefordert.

Obschon der Angeklagte leugnete, wurde er nach kurzem Process verurtheilt. Auf erhobene Appellation hin wurde ein Gutachten von Motet verlangt; dieser behauptete, das sonderbare Gebahren des Angeklagten finde seine ausreichende Erklärung in dem Krankheitszustand desselben — er leide nämlich an spontanen Anfällen von Somnambulismus mit totalem Verlust des Bewusstseins.

Als bei den Verhandlungen des Appellhofs sich Zweifel gegen diese Behauptung erhoben, schlug Motet demselben vor, in seiner Gegenwart bei dem Angeklagten einen solchen Anfall hervorzurufen. Er that dies auch wirklich und vollführte an dem sehr leicht hypnotisirten Kranken die gewöhnlichen Experimente; er liess ihn, sich halb ausziehen und in dieser Verfassung wurde der Explorant aufgeweckt; er wusste von allem nichts und war sehr erstaunt, derartig vor seinen Richtern zu stehen.

Nach diesen experimentellen Aufklärungen wurde natürlich der Angeklagte freigesprochen.

Zum Schluss bespricht Ladame noch eine Erscheinung, die sich bei wiederholt Hypnotisirten fast immer zeigt, nämlich dass sich bei ihnen in den folgenden Anfällen eine genaue Erinnerung an das zeigt, was sie in allen früheren Anfällen erlebt hatten. Als sprechendes Beispiel dafür dient ein Fall, der a. 1857 von Dr. Macario (Du sommeil, des rêves; du somnambulisme etc. Lyon) erzählt wird und in welchem ein im hypnotischen Schlaf missbrauchtes Mädchen im nächsten Anfall vor ihrer Mutter das vorher Erlebte erzählte, von dem sie selbst im Wachen gar keine Ahnung hatte.

Speciell auf diese Erfahrung gestützt, wirft Ladame noch die Frage auf, ob man nicht vielleicht darauf ein Experiment begründen könnte, um in direct zweifelhaften Fällen, wie der Originalfall ist, vielleicht durch künstliche Hervorrufung eines hypnotischen Anfalls einen Weg zur Erforschung des in frühern Anfällen Erlebten zu gewinnen. Ladame verwirft aber natürlich diesen ebenso mühesamen als total unsichern Versuch. Sury-Bienz (Basel).

II. Verschiedene Mittheilungen.

600) *Aus Rastenburg.* Am 23. October fand die Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Karlshof statt.

III. Neueste Literatur.

147. Arndt: Lehrbuch der Psychiatrie. Wien, Urban und Schwarzenberg. 10 M.
148. Koster: Ueber die Gesetze des periodischen Irreseins. Bonn, Emil Strauss. 4 Mark.
149. Hufschmidt: Beitrag zur Kenntniss der Sehnenphänomene. Inaug. Diss. Greifswald.
150. Ball: Leçons sur les maladies mentales. — *Deuxieme fascicule.* De la mélancolie, du délire des persécutions, etc. Un vol. in-8 de 175 pages. Paris, Asselin & Cie. 4 fr.
151. Lelorrain: De l'aliéné au point de vue de la responsabilité pénale. In-8 de 90 pages. Paris, Germen-Baillière. 2 fr.
152. Mond: Principe de la rage. Brochure in-8 de 22 pages. Lyon, 1882. Imp. Chanoine.
153. Sockeel: Étude sur l'hématome de l'oreille, Broch. in-8. Paris, Rey. 1882. 2 fr.

Thèses de Bordeaux 1881/82.

154. Gaube: Recherches sur les zones hystérogènes.
155. Martin: Contribution à l'étude des formes frustes de l'ataxie locomotrice.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk (Posen) II. Assistenzarzt, baldigst. 2000 M., freie Station. 2) Eichberg (Nassau) 3. Hilfsarzt, 1. November, 900 M., fr. Station. 3) Osnabrück 2. Assistenzarzt, baldmöglichst, 900 M., fr. Station. 4) Die Kreisphysicate Borken, Burgk (Greiz), Fulda, Gnesen, Geilenkirchen, Münsterberg (Breslau).

Besetzte Stellen. Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), zweiter Arzt, Herr Dr. Stoltenhoff, bisher in Friedrichsberg (Hamburg).

Ernannt. Reg.- und Med.-Rath Dr. Kanzow in Potsdam erhielt den Charakter als Geheimer Medicinalrath.

Todesfall. Geh. San.-Rath Dr. Jacobi, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Bunzlau (7. October.) San.-Rath Dr. Schupke in Namslau.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. November 1882. Nro. 22.

INHALT.

I. Originalien.

Ueber die Localisation der mit Hemianaesthesie oder Hemichorea verbundenen Aphasie.

Von Dr. E. BRISSAUD in Paris.

Obgleich die Combination der Aphasie mit Hemianaesthesie gerade nicht zu den alltäglichen Beobachtungen gehört, und auch Autopsien dieser Fälle selten sind, so erscheint es doch sehr wohl möglich, den Sitz der anatomischen Laesion für dieselben genau zu bestimmen.

Wenn ein Kranker in Folge eines apoplectischen Insultes aphasisch und zugleich hemianaesthetisch wird, und wenn dieser postapo-

plectische Zustand stationär bleibt, so liegt nichts näher als die Annahme eines Erweichungsherdes, welcher zu gleicher Zeit die dritte linke Stirnwindung und denjenigen Theil des hinteren Schenkels der inneren Kapsel zerstört hat, welcher zwischen hinterer Kante des Linsenkerns und Schwanz des Schweifkerns liegt*). Diese Annahme muss gemacht werden trotzdem es sehr unwahrscheinlich ist, dass an zwei verschiedenen Stellen zu gleicher Zeit zwei Zerstörungen Platz greifen. Und auf der anderen Seite scheint es schwer begreiflich, wie ein einzelner Zerstörungsherd die weisse Substanz des Centrum ovale und die graue des Linsenkerns von der oben bezeichneten Stelle in dem hinteren Schenkel der inneren Kapsel bis zum Fuss der dritten Stirnwindung durchsetzen kann, wenn man bedenkt, wie so sehr oft Seitens der äusseren Kapsel den auf diesem bezeichneten Wege (vom Centrum zur Peripherie oder umgekehrt) voranschreitenden Destructionsprocessen Einhalt geboten wird. Da scheint denn die Hypothese am natürlichsten, dass sich der Herd oberflächlich erstreckt von dem vorderen Decklappen der Insel (Fuss der 3. Stirnwindung) bis zu ihrem unteren (Unterspalte der Foss. Sylvii), denn an dieser letztgenannten Stelle ist die Inselrinde von der inneren Kapsel nur einige Millimeter entfernt und Laesionen der Rinde können hier sehr leicht diejenigen sensiblen Fasern durch Compression in ihrer Function beeinträchtigen, welche die innere Kapsel an der benannten Stelle passiren.

Sehr häufig kommen weitverbreitete Rindenerweichungen zur Beobachtung, welche das uns hier beschäftigende klinische Bild verursachen; während die der Motilität dienenden Windungen oberhalb der Insel dann ihre volle Functionsfähigkeit bewahren, können ähnliche Rindenläsionen Hemianaesthesie und Aphasie ohne Hemiplegie verursachen. Die letztere müsste, wenn die neusten Publicationen über die Worttaubheit sich bestätigen, auf alle Fälle durch eine Insellaesion hervorgebracht werden, indessen liegt dann mehr vor als eine einfache Aphasie.

Es giebt aber noch eine andere Möglichkeit die getrennte Localisation der Hemianaesthesie und Aphasie durch einen einzigen Herd zu erklären. Dieselbe ist aber, wie ich gleich bemerken will, nur durch Horizontalschnitte bei der Section klarzulegen, weil die Frontalschnitte für den vorliegenden Zweck genügenden Aufschluss nicht geben.

Bekanntlich tritt Aphasie nicht allein nach Laesionen der Rinde des Fusses der dritten Stirnwindung ein, sondern auch, wenn die subcorticalen Bahnen der genannten Stelle getroffen sind. Das Stabkranzbündel, welches von der 3. Stirnwindung kommt, passirt, wie ich früher schon nachgewiesen habe, im Knie der innern Kapsel, da wo vorderer und hinterer Schenkel zusammenstossen, genau an der

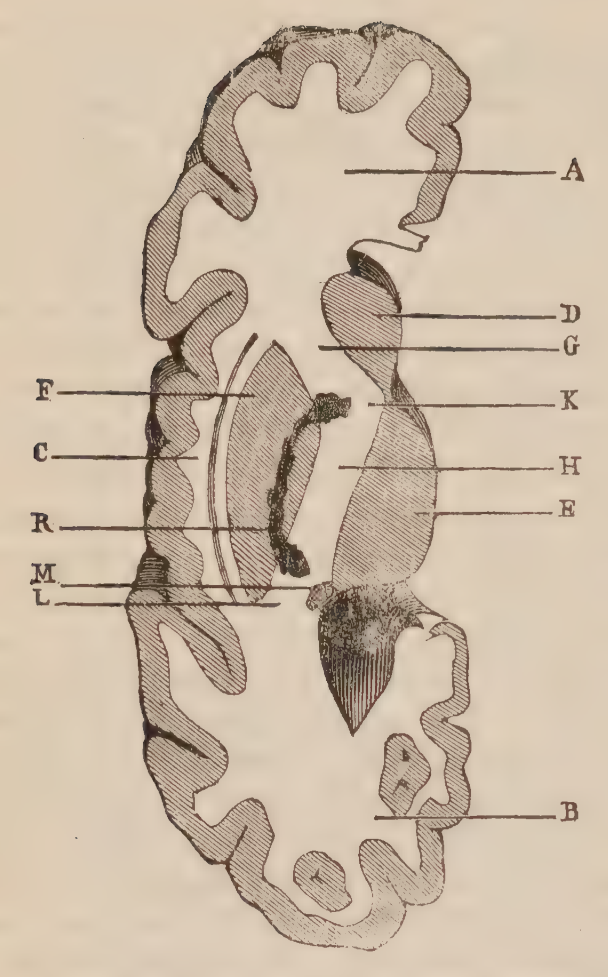
*) „Carrefour sentitif". Es ist zweifellos der von Charcot benannte lenticulo-optische Theil der inneren Kapsel gemeint, ungefähr dem Fuss des Stabkranzes des Occipital- und Schläfenlappens entsprechend, für den es meines Wissens ein dem kurzen französ. Ausdrucke entsprechender deutscher nicht gibt. Die hier passirenden Fasern sind die des äusseren Drittels des Hirnschenkelfusses. S d. Abb. Erlenmeyer.

Spitze des Dreiecks, welches von dem horizontal durchschnittenen Linsenkern formirt wird. Mithin müssen drei Arten von Aphasie angenommen werden, nämlich *eine corticale, eine subcorticale und eine capsuläre.* Die Localisation dieser letzteren fällt aber nicht mit jener der Hemianaesthesie zusammen, sondern ist von ihr getrennt durch die Pyramidenbahn, welche bekanntlich die beiden vordern Drittel des hintern Kapselschenkels einnimmt. Dadurch scheint es nun auf den ersten Blick unmöglich, dass ein Erweichungs- oder haemorrhagischer Herd die beiden Localisationsfelder trifft, welche sich auf den entgegengesetzten Enden des hinteren Kapselschenkels befinden, ohne gleichzeitig die zwischen ihnen laufende Pyramidenbahn zu ergreifen und dadurch Hemiplegie zu verursachen. Und doch ist es möglich.

Man findet nämlich gar nicht selten bei der Section alter Leute in dem Linsenkern kleine lineäre Haemorrhagien von so gebogener Form, dass die Concavität des Bogens nach der innern Kapsel gerichtet ist. Diese kleinen Herde erstrecken sich öfter nur bis an das Ende des Kernes, überschreiten es aber auch zuweilen, wie ich das schon mehrfach beobachtet habe. Die bogenartige Form dieser Herde scheint nur verursacht durch die gleiche Formation der weissen Schichten (glob. pallidus) des Linsenkerns, welche die Eigenschaft haben die Ausbreitung von Krankheitsherden nach Form und Ausdehnung zu bestimmen, gerade wie es die äussere Kapsel für extralenticuläre Blutungen thut. Die beiden Enden des Bogens, welcher den Linsenkern in der Richtung von vorne nach hinten ganz durchzieht, können also sehr wohl zwei von einander entfernte Punkte der innern Kapsel treffen ohne das Zwischenstück (Pyramidenbahn) zu berühren. Ebenso kann eine Blutung, welche sich medianwärts von der innern Kapsel ergiesst und den extraventriculären Theil des Streifenhügels durchsetzt, wenn nur ihre Endpunkte ebenso wie oben geschildert seitlich ober- und unterhalb der Pyramidenbahn die Kapsel treffen, die pathologisch-anatomischen Bedingungen für das Zustandekommen von Aphasie mit Hemianaesthesie ohne Hemiplegie abgeben.

Leider ist es mir noch nicht vergönnt gewesen, diese Hypothese durch eine Autopsie bestätigen zu können; aber ich habe wiederholt die Bogenform der lenticulären Herde beobachtet und möchte sie fernerer Aufmerksamkeit empfehlen. Auch in einem Falle von autoptisch bestätigter Hemianaesthesie bot die Läsion die oben geschilderten topographischen Eigenthümlichkeiten dar; allerdings erstreckte sich der vordere Bogen des Herdes nicht bis zum Knie der Kapsel, aber das Pyramidenbündel war vollständig intact geblieben.

Ebenso wie Aphasie und Hemianaesthesie können auch Aphasie und Hemichorea durch eine einzige Laesion entstehen. Es ist diese Combination nach der Analogie der oben besprochenen auch leicht zu begreifen, nur ist dabei zu beachten, dass die Localisation für die Hemichorea weniger weit nach rückwärts in der innern Kapsel liegt als die für die Hemianaesthesie; sie liegt zwischen jener Stelle (Carrefour sentitif) und der Pyramidenbahn.



A. Stirnlappen. B. Occipitallappen. C. Insel. D. Kopf des Schweifkerns. E. Thalamus opticus. F. Linsenkern. G. Vorderer Schenkel der inneren Kapsel. H. Hinterer Schenkel derselben. K. Knie der inneren Kapsel. L. „Carrefour sentitif". M. Schwanz des Schweifkerns. R. Haemorrhagischer Herd.

Horizontalschnitt durch die linke Hemisphäre.

Einen solchen Fall habe ich beobachtet. Es handelte sich um eine Frau die aphasisch war und Hemichorea der rechten Seite hatte, aber frei von jeder Hemiplegie war. Der Hirnbefund ist hier auf einem Horizontalschnitt wiedergegeben. Man sieht wie die sehr alte Haemorrhagie, welche die genannten klinischen Symptomen erzeugt hatte, den Linsenkern in Gestalt eines Bogens durchzieht, dessen vorderes Ende in das Knie der Kapsel, dessen hinteres in jenen Theil derselben eindringt, der zwischen Pyramidenbahn und Localisationsstelle für die Hemianaesthesie gelegen ist.

Ich bin überzeugt, dass es bei fernerer Beachtung dieser hier erwähnten Punkte an einschlägigen Sectionsresultaten nicht fehlen wird, nur mache ich noch einmal darauf aufmerksam, dass nur durch horizontale Schnitte eine Klarstellung der erörterten Verhältnisse ermöglicht werden kann.

II. Referate.

601) **W. Bechterew** (St. Petersburg): Experimentelle Untersuchungen über die Kreisbewegungen bei Thieren. (Klinisches Kaja Gaseta, russisch, 1881 Nro. 34.)

602) **Derselbe:** Thierversuche über zwangsweise Rollbewegungen um die Längsaxe. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1882 Nro. 6.)

603) **Derselbe:** Untersuchung der Zwangsbewegungen bei Thieren nach Zerstörung der Trichterregion des dritten Hirnventrikels. (Klin. Gas. russ. 1882 Nro. 7 u. 8.)

604) **Derselbe:** Die Bedeutung der Trichterregion des 3. Ventrikels für die Erhaltung des Körpergleichgewichtes. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1882 Nro. 12.)

605) **Derselbe:** Ueber die Functionen der Oliven des verlängerten Markes. (Wratsch russ. 1882 Nro. 34 und 35.)

606) **Derselbe:** Ueber die functionelle Beziehung der unteren Oliven zum Kleinhirn und die Bedeutung derselben für die Erhaltung des Körpergleichgewichtes. (Pflüger's Arch. f. d. ges. Phys. XXIX.)

Verf. studirte zunächst die Wirkungen der Verletzung des Hirnschenkelfusses bei Hunden in seinem Verlaufe von der Brücke bis zu den Grosshirnganglien. Es traten bei diesen Versuchen unaufhaltsame Rollbewegungen um die Längsaxe auf die gesunde Seite hin mit gleichzeitiger homonymer Drehung des Kopfes und des Rumpfes und einer Ablenkung der Augen auf, bei welcher das eine nach oben und aussen mit erweiterter, das andere nach unten und innen mit verengerter Pupille deviirt erschienen. Diese Rollbewegungen dauerten mehrere Tage fort, worauf an ihre Stelle ebenso zwangsweise Kreis- und Manègebewegungen traten.

Die Operationsmethode war dabei folgende gewesen: Das Messer wurde im Rachen durch die Gehirnbasis bis zu einer gewissen Tiefe in den Schädelraum eingestossen, wobei dasselbe in einer Reihe von Fällen, zwischen den Hirnschenkeln durchgehend vorwiegend einen derselben lädirte, während in anderen Versuchen es direct in die Höhle des 3. Ventrikels eindrang, wobei durch eine geringe Drehung des Messergriffes nach vorne und seitwärts der in den Ventrikel hineinragende Theil des Hirnschenkelfusses unmittelbar hinter dem Sehhügel verletzt wurde. In diesen letztern Fällen drang das Messer direkt durch die Hypophysis cerebri, oder etwas hinter derselben in den Raum zwischen dem Aquaeductus Sylvii und dem hinteren Ende des Sehhügels hinein und verletzte die hintere seitliche Wand des Ventrikels. Derselbe Symptomencomplex trat auf, wenn Verf. nach derselben Methode das Messer direkt in die Höhle des 3. Ventrikels einführte und durch eine Seitendrehung des Griffes die ganze innere Oberfläche des Hirnschenkels vom Trichter bis zum Niveau des Aquaeductus Sylvii und die Nachbartheile verletzte, am ausgezeichnetsten traten die Rollbewegungen auf, wenn das Messer nach aufwärts vom Trichter in den Raum zwischen dem hinteren Abschnitte des Sehhügels und des Vierhügels eindrang. Verletzte die hintere Wand des 3. Ventrikels in vollkommen gerader Richtung vom Infundibulum bis zum Aquaeductus Sylvii, so trat während der Operation eine starke Ablenkung der Augenaxen nach innen und unten ein bis zum Verschwinden der Pupillen unter dem 3. Augenlide. Beim Zurückziehen des Messers Nystagmuszucken beider Augenlieder und der Recti interni und gleichzeitige Neigung zur Zurückwerfung des Kopfes. Gleichgewichtsstörungen werden hierbei nicht beobachtet. Diese Erscheinungen schwanden nach 1—3 Tagen. Wurde die hintere Wand des 3. Ventr. also vom Trichter an bis zur Oberfläche des Sehhügels verletzt, so werden die Augen neben gleichzeitigem Nystagmus auf die operirte Seite hin abgelenkt, wobei die Pupille des nach aussen gewandten

Auges erweitert, die andere verengt ist. Gleichzeitig drehte sich das Thier um die Längsaxe auf die gesunde Seite hin, doch waren diese Rollbewegungen nicht zwangsweise und unaufhaltsame, sondern das Thier hatte fortwährend die Neigung auf die gesunde Seite zu fallen und widerstrebte heftig jedem Versuche es auf die operirte Seite zu legen. War die Verletzung gering, so konnte das Thier zur Noth sein Gleichgewicht bewahren, schwankte beim Gehen auf die gesunde Seite hin und wich nach dieser Seite von der graden Linie ab. Verletzung beider Seitenwände des 3. Ventrikels ergab laterale Schaukelbewegung des Kopfes und Rumpfes, laterale Oscilation der Augen und allgemeine Gleichgewichtsstörungen. Bei Gehversuchen fuhren die Beine in verschiedenen Richtungen auseinander. Bei Verletzung der vorderen seitlichen Wand des 3. Ventrikels wurde gewöhnlich der Kopf nach unten und auf die operirte Seite mit homonymer Drehung der Augen gestellt; gleich nach der Operation kurzdauernde Drehung auf die verletzte oder einfache Schwankung auf die gesunde Seite, dann unaufhaltsame ruhelose Zwangsbewegungen nach vorne. Bei longitud. Durchschneidung der sog. lamina terminalis cinerea, traten zwangsweise Fluchtbewegungen auf bei ausgestrecktem Halse, gesenktem Kopfe, convergirenden Augenaxen und lateralem Nystagmus. Nach einigen Minuten bis Stunden waren die Fliehbewegungen geringer doch dauerte die Neigung zur Vorwärtsbewegung mehrere Tage an. Die Section eines solchen Thieres wies stets unverletzte Sehhügel auf (gegen Nothnagel). Verf. findet, dass die Erscheinungen bei Thieren nach Verletzung der Trichterregion des 3. Ventrikels grosse Aehnlichkeit zeigen mit denen nach Verletzung verschiedener Abschnitte des Kleinhirns und seiner Schenkel und nimmt daher einen innigen anatomischen Zusammenhang beider Theile an.

Schliesslich hat Verf. auch Zerstörungen oder Verletzungen der Oliven nach folgender Methode gesetzt:

Dem Thiere werden in der Narkose durch einen Längsschnitt die Nackenmuskel getrennt und der Bandapparat zwischen Atlas und Hinterhaupt entblösst und durch eine kleine Oeffnung desselben ein kleines gedrehtes Messer eingeführt dessen Klinge mittelst eines beweglichen Knopfes aus dem dünnen Futteral fast unter rechtem Winkel vorgeschoben werden kann. Dieses Futteral oder Scheide wird möglichst nach aussen und vorn dirigirt mit Leitung der inneren Oberfläche des knöchernen Kanales und darauf wird die Klinge hinuntergestossen. So gelinge es bisweilen nur eine Olive zu verletzen ohne irgend einen Theil des Centralnervensystems zu berühren.

Bei Zerstörung des grössten Theiles einer Olive traten Störungen auf, die den nach Zerschneidung des hinteren Hirnschenkelfusses glichen: Gleich nach der Operation starke Drehung des Kopfes und Rumpfes nach der der Verletzung entsprechenden Seite; Deviation der Augäpfel, des der operirten Seite nach unten und aussen, des anderen nach oben und innen; zugleich Nystagmus in dem der Deviation entgegengesetzten Richtung; dann nach Befreiung des Thieres sofort zwangsweise Rollbewegungen um die Längsaxe des Körpers auf die gesunde Seite hin. Die Rollbewegungen erscheinen stets anfallsweise nach Ruhepausen, in welchen das Thier auf der der Verwundung entsprechenden Seite liegt und sich gegen den Versuch, es auf die andere Seite zu legen, heftig sträubt; häufig krümmt sich das Thier in den Ruhe-

pausen derart, dass die Concavität der gesunden Seite entspricht. Deviation der Augen und Nystagmus sind in den Pausen geringer; dabei fehlen alle Anzeichen für eine motorische oder sensible Lähmung. Bei geringfügigen Verletzungen der Oliven treten je nach dem Ort der Verletzung verschiedenartige Erscheinungen auf: Zwangsweises Vorwärtslaufen, Drehen auf die Seite der Verwundung, Zurückwerfen des Körpers etc. stets mit Nystagmus, meist gleichfalls anfallsweise. Bei bedeutenderen Verletzungen beider Oliven: hauptsächlich Verlust des Gleichgewichts, sich zeigend in Schwanken des Rumpfes und Kopfes von einer Seite zur anderen und bisweilen vollständige Unfähigkeit sich aufzurichten bei erhaltener grober Kraft. Alle diese Erscheinungen erhalten sich einige Tage und schwinden dann allmählich bis zu völliger Genesung. Buch (Helsingfors).

---

607) **Leo Malinowski:** Ueber die Wirkungsweise der Harn treibenden Mittel. (Inaug. Diss. St. Petersburg 1882. 8⁰ 67 S. russisch.)

Verf. findet, dass die einen der von ihm untersuchten Mittel, Scillitoxin, Digitalin, Adonis vernalis, Alcohol, Chloralhydrat, die Harnsecretion beförderen in Folge ihrer Wirkung auf die Herz- und vasomotorischen Nerven; einer anderen Gruppe dagegen, dem essigsaueren Kali und Antihydropin (aus Blatta orientalis) gesteht er eine specielle Wirkung auf die secretorischen Elemente der Niere zu. Bei den Mitteln der ersten Gruppe tritt Vermehrung der Harnabsonderung ein immer zu gleicher Zeit mit Beschleunigung des Gesammtkreislaufes also auch der Cappillaren und somit auch der Glomeruli und Erhöhung des Blutdruckes in denselben, gleichviel ob dieser Effect erzielt wird durch Verstärkung der Herzthätigkeit (adonis vernalis), Erweiterung der kleinen Arterien durch Lähmung der Endapparate der vasomotorischen Nerven (Scillitoxin, Digitalin) oder Lähmung von deren Centralapparaten (Alcohol, Chloralhydrat).

Buch (Helsingfors).

---

608) **Rieger** (Würzburg): Ueber normale und kataleptische Bewegungen. (Arch. f. Psych. XIII. 2 p. 427.)

Nachdem Vf. zunächst die Wichtigkeit der antagonistischen Innervation für die *natürlichen* Bewegungen betont hat, schreibt er derselben noch grössere Bedeutung für die *kataleptischen* Bewegungen zu. Die wichtigste Erscheinung bei kataleptischen Individuen die *flexibilitas cerea* erklärt er als einen „Ausdruck der Thatsache, dass die antagonistischen Muskeln in jedem gegebenen Augenblick völlig gleichmässig innervirt sind.“ Bezüglich der Details der Arbeit, die eine erdrückende Masse von Controversen enthält, muss auf das Original verwiesen werden. Langreuter (Dalldorf).

---

609) **Spillman** und **J. Schmitt** (Nancy): Contribution à l'étude des tumeurs du quatrième ventricule. (Beitrag zum Studium der Tumoren des vierten Ventrikels. (Archives générales de Médecine. August 1882.)

Anknüpfend an die Mittheilung eines selbstbeobachteten Falles geben die Verf. Referate über 30 anderweitig veröffentlichte Beobach-

tungen zum Theil nach den Citaten einer Monographie Verron's und besprechen in Kürze die Pathologie und Symptomatologie der Geschwülste des vierten Ventrikels. Die eigene Beobachtung ist folgende.

Ein 31jähriger, erblich nicht belasteter Winzer erkrankte 2 Jahre vor dem tödtlichen Ausgange an heftigen Anfällen von Kopfschmerzen. Allmählich gesellten sich dazu Schwindel, allgemeine Schwäche, morgendliches Erbrechen, vorübergehende Diplopie, Gleichgewichtsverlust, Pupillendifferenz, Dysphagie und Ataxie in Armen und Beinen. Schliesslich kam es zu linksseitiger Hemiplegie. Der Tod erfolgte sehr rasch in einem Comaanfall. Die Intelligenz war bis ans Ende ungestört geblieben.

Bei der Section fand sich eine grosse Perlgeschwulst im vierten Ventrikel. Die Durchmesser derselben betragen 5,2; 3,3; und 5,4 Cm. Kleinhirn, Medulla und Pons waren durch die Geschwulst auseinandergedrängt resp. abgeplattet. Ausserdem bestand hochgradiger Hydrocephalus internus. Im Rückenmarke fanden sich „Erscheinungen diffuser Myelitis.“ Karrer (Erlangen).

---

610) **Soltmann** (Breslau): Cysticercus cerebri multiplex bei einem einjährigen Kinde. (Bresl. ärztl. Z. 1882. 20.)

Anna Reisewitz, 1 Jahr 14 Tage alt, ist eine kleine atrophische, stark rhachitische Blondine, die nach der Anamnese etwa seit 4 Wochen ohne greifbare Veranlassung ziemlich plötzlich erkrankt, von „inneren Krämpfen und Muskelzuckungen“ befallen sei, mehrfach erbrochen und geschielt habe, und endlich bewusstlos unter gänzlicher Nahrungsverweigerung und zunehmender Abmagerung dahingelegen sei.

Die Aufnahme des Kindes erfolgte am 18. Septbr. Der Schädel des hochgradig abgemagerten Kindes ist ziemlich gross, die Nähte sind breiter als normal, die Fontanelle ist eingesunken, das Hinterhauptbein weich, pergamentartig biegsam, der vordere Theil der Schädelkapsel, namentlich die Stirnhöcker, stark vorspringend. Das Gesicht ist faltenreich, greisenhaft, der Blick unbeweglich, stier, die Augen nach innen und unten gestellt und so fixirt, dem vorgehaltenen Spielzeug nicht folgend. Die Pupilien sind beiderseits dilatirt. Die Zunge wird abwechselnd bald in schnellerem bald in langsamerem Tempo mit kurzen Unterbrechungen ruckweise vorgestossen und zurückgezogen. Die Extremitäten hangen schlaff herab auf Nadelstiche erfolgt sehr träge Reaction. Ueber beiden Lungen hört man hinten an den abhängigen Stellen spärliche feinblasige Rasselgeräusche, die Respiration ist pueril, 24. P. 98, T. 38,1 in ano. Herz und Leber sind normal, die Milz ist nicht vergrössert, der Leib ist mässig gespannt. Stuhl breiig gelb, Urin wird reichlich ins Bett gelassen. Unabhängig von der Nahrungsaufnahme, die nur mit Mühe erfolgt, tritt mehrmals im Verlauf des Nachmittags spontan Erbrechen auf, das Kind liegt meist im Halbschlaf da, die Nacht ist ruhig.

Am folgenden Tage repetirt das Erbrechen, der soporöse Zustand nimmt zu, die Pupillen sind stier, weit, reactionslos, die Cornea wird trübe, wie berusst, die Athmung beschleunigt, der Puls verlangsamt

(68). So bleibt es bis zum folgenden Tage Nachmittags 5 Uhr, da erfolgt heftiges Erbrechen, und unter lebhafter Unruhe, während die Temperatur auf 40,0 steigt, tritt ziemlich plötzlich und unerwartet ohne vorhergehende Krämpfe der Tod ein.

Die *Section* (Dr. Schuchardt), von der hier nur der das Gehirn betreffende Theil referirt wird, ergab folgendes: Bei Durchsägung des Schädels präsentirt sich das Schädeldach in seinen vorderen Partien stark verdickt, in seinen hinteren papierdünn. Die verdickten Theile bestehen bei näherer Betrachtung fast nur aus schwammigem, gelblich röthlichem Diploëgewebe. Bei der Herausnahme des Gehirns fliesst eine *beträchtliche Menge klarer Flüssigkeit heraus, desgleichen aus den erweiterten Seitenventrikeln.* Die Gehirnbasis ist stark hyperämisch, sonst normal, die Pia ödematös. Bei der Betrachtung der *medialen* Fläche des Stirn-, Scheitel- und Hinterhauptlappens bemerkt man nach medianer Durchschneidung des Balkens *genau in der Mitte der grauen Substanz des gyrus fornicatus über dem höchsten Punkt des Balkens rechterseits einen kleinen, etwa erbsengrossen, runden, weisslich blauen, glasigen und ziemlich derben Tumor* eingebettet, der sich nach genauer Untersuchung als *Cysticercus* erweist. Die Gehirnsubstanz in der Umgebung derselben ist äusserst blutreich. *Im linken Nuclens lenticularis am hinteren Abschnitt der Capsula interna, die zwischen Nuclens lenticularis und Thalamus opticus hinzieht,* findet sich ebenfalls ein erbsengrosser Cysticercus. Endlich sind zwei solche dicht nebeneinander von Stecknadelkopfgrösse in der *Rinde an der Spitze des linken Lobus occipitalis auf seiner unteren Fläche nahe der Fissura calcarina* eingebettet. Die Rinde, überhaupt blutreicher, theils dunkel violet, theils röthlich, ist hier besonders hyperämisch und weich.

Die anatomische *Diagnose* lautete demgemäss: *Hydrocephalus externus* et internus. *Oedema piae matris. Hyperämia cerebri. Cysticerci cerebri* (corticis lobi occipitalis et nuclei lenticularis sinistri et gyri fornicati dextri).

Die *Diagnose* auf Cysticercus cerebri wurde selbstverständlich bei Lebzeiten nicht gestellt, auch fehlte hierfür, abgesehen von dem sehr jugendlichen Alter des Kindes, jeglicher Anhaltspunkt, übrigens wurde auch bei der Section trotz gründlicher Durchmusterung aller Organe, nirgends ausser im Gehirn Cysticercus entdeckt. Offenbar hatten die Cysticercen längere Zeit hindurch latente Existenz gehabt, wie dies ja gewöhnlich der Fall ist. Die seit 4 Wochen aufgetretenen cerebralen Erscheinungen sind gewiss auf die Cysticercen zu beziehen, allein sie lassen sich nicht als Herdsymptome verwerthen. Mit den eigenthümlichen krampfhaften Bewegungen der Zunge ist nach dieser Richtung hin nichts anzufangen, die übrigen Erscheinungen aber lassen sich ungezwungen als diffuse, durch den in der letzten Zeit entstandenen, freilich wohl von den Parasiten abhängigen Hydrocephalus internus und externus erklären, der dann auch den plötzlichen und unerwarteten Tod herbeigeführt haben mag, wie dies bei Cysticercus cerebri auffallend häufig vorzukommen pflegt. Rn.

611) O Kahler (Prag): Casuistische Beiträge. (Prag. med. Wochenschr. 1882. Nro. 35 u. 36.)

I. Fractur der Lendenwirbelsäule; Spondylolisthesis, Laesion der cauda equina.

Ulrich Karl, 21 jähriger Taglöhner, ist im October 1878 von einem Baume, angeblich 8 Meter tief auf das Gesäss gestürzt. Betäubung nur wenige Minuten. Beine völlig bewegungs- und empfindungslos. Incontinentia urinae et alvi. Nach 14 Tagen willkürliche Bewegungen in den Hüftgelenken, nach 7 Wochen konnte Pat. mit Unterstützung das Bett verlassen, musste jedoch 7 Monate später noch mit Krücken gehen. 4 Wochen nach dem Unfall entwickelten sich zwei grosse Decubitusgeschwüre am Gesäss, welche heilten. *Status* den 19. Juni 1880 bei Aufnahme in die Klinik des Prof. Halla: Kranker anämisch und abgemagert. In der gestreckten Bauchlage zeigt die Wirbelsäule normales Verhalten bis zum 2. Lendenwirbel; Dornfortsätze des 3. und 4. Lendenwirbels treten auffallend zurück, Dornfortsatz des 5. Lendenwirbels ist in der tiefen Grube, die seine Stelle einnimmt, nicht mehr zu erreichen. Beim Stehen mit Unterstützung, tritt eine hochgradige, nahezu rechtwinklige Lordose der Lendenwirbelsäule und die compensatorische Kyphose im Brustabschnitte hervor. Zu gehen vermag Pat. nur mit Krücken. Er ist ausser Stande willkürlich einen Tropfen Harn zu lassen, wohl aber geht der Harn häufig unwillkürlich ab. Harn klar, albuminfrei.

Verhalten der Motilität. An den Oberschenkeln besteht ein Missverhältniss im Volumen der verschiedenen Muskelgruppen; quadriceps cruris und Adductoren kräftig entwickelt — glutaei aber und die Muskeln an der hinteren Fläche und der tensor fasciae latae hochgradig abgemagert. An den Unterschenkeln nahezu völliger Schwund der Muskelmassen an der Aussenseite; Wadenmuskeln relativ voluminös, rechts stärker als links. Füsse in Spitzfussstellung.

Kniephaenomen beiderseits nachweisbar; rechts kurz dauerndes Fussphaenomen, links *nicht* zu erzeugen, dagegen Contractionen der Wadenmuskulatur bei Percussion der Achillessehne. Rechts auch bei Percussion der Knöchel und der condyl. tibiae Contractionen in den Wadenmuskeln und der Quadricepsgruppe.

Faradische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven:

	Links	Rechts
N. cruralis	17 Cm R. A.	16,5 Cm. R. A.
N. obturator.	17	16,5
N. peroneus	stumm.	stumm.
N. tibialis	14 Cm. R. A.	15 Cm. R. A.
M. rectus cruris	17	17
M. glutaeus magn.	13	14
M. sartorius	17	17
M. adduct magn.	17	17
M. tibial. antic.	stumm.	stumm.
M. peron. long.	„	Andeutung von fibrillären Contractionen bei übereinanderges. Rollen.
M. peron. brev.	stumm.	„

M. extens digit. long. „ stumm.
M. Gastrocnemius 13 Cm. R. A. 14 Cm. R. A.
M. soleus. 13 14

Galvanische Erregbarkeit).* Quadriceps und Adductoren geben normalen Befund. Gastrocnemii und Solei etwas träge Contractionen, dabei jedoch KSZ > ASZ; so: Gastrocnemius = KSZ—22 N. A. ASZ—22° N. A. Die übrigen Muskeln des Unterschenkels geben zum Theil nur KSZ bei sehr hohen Stromstärken, oder es fehlt G. E., wie an den tibiales, peronei, Extensoren. Glut. magn. gibt = KSZ—20 N. A. ASZ—29° N. A. blitzartig.

Verhalten der Sensibilität. Die anaesthetischen Hauttheile konnten bei dem sehr intelligenten Kranken genau fixirt werden und ergaben folgende Grenzen: Für Tast-Schmerz und Temperaturreize sind anaesthetisch die Haut des Gliedes und des Hodensacks, dann beiderseits die Haut des Gesässes und einzelner Theile des hinteren Umfanges des Ober- und Unterschenkels, ferner die Haut an dem vorderen und äusseren Umfange des Unterschenkels in seiner unteren Hälfte und die Haut des ganzen Fusses. Ausserdem umgibt an den Unterschenkeln die anästhetischen Hauttheile eine Zone, wo nur Schmerz- und Temperaturempfindung fehlen, darum befindet sich noch eine zweite innerhalb welcher nur die Temperaturempfindung fehlt. An der oberen Grenze der anästhetischen Hautparthie am Gesässe findet sich eine mehrere Querfinger breite Zone, in welcher ausgesprochene Hyperästhesie besteht. —

Verf. nimmt an, dass durch den Sturz eine Zerreissung der Bänder, welche den 5. Lendenwirbel an das Kreuzbein fixiren, zu Stande gekommen und gleichzeitig auch durch die Gewalt des Stosses der beweglich gewordene 5. Lendenwirbel von der oberen auf die vordere Kreuzbeinfläche herabgeglitten sei. Die Erklärung des Zustandekommens und Persistirens der nervösen Störung ist durch die Zerreissung oder dauernde Compression, welche die Nervenwurzeln der cauda equina durch den dislocirten 5. Lendenwirbel erfahren, gegeben. Die leitungsunfähig gewordenen Nervenwurzeln sind jene der 10 Sacralnerven und der Steissbeinnerven. Der vorliegende Fall ist nun desswegen von besonderem Interesse, weil er einen Einblick in den Zusammenhang einzelner peripherer Nervenstämme mit bestimmten Nervenwurzeln eröffnet. Die Muskeln, welche nach 2 Jahren noch einen Theil ihrer Motilität bewahrt hatten und nahezu normal auf den electr. Strom reagirten, hatten wohl ihre nervöse Verbindung mit dem Rückenmarke und der grauen Axe derselben bewahrt, das sind die vom n. glut. super. und inf. und vom n. tibial. innervirten Muskeln, während die vom n. peroneus innervirte Gruppe sicher gänzlich von den Nervencentren losgelöst und zu Grunde gegangen war. Den einzigen Weg, der für die Herstellung einer nervösen Verbindung des plex. sacralis

*) Die sehr instructiven Abbildungen des Originals können wir leider nicht reproduciren; der Herr Verf. hat die Bitte um Ueberlassung der Clichés abgelehnt. Redaction.

mit dem Centrum offen geblieben war, stellen der 5. Lendennerv und der Zweig vom 4. Lendennerven dar und Verf. stellt desshalb den Satz auf: „die motor. und trophischen Bahnen für die Muskeln des Gesässes, der hinteren Fläche des Oberschenkels, namentlich aber für die vom tibialis innervirte Muskelgruppe am Unterschenkel verlaufen zum Theil durch die 5. (vielleicht auch die 4.) Lendennervenwurzel; in der Austrittshöhe der genannten Nervenwurzeln haben wir demnach auch die zugehörigen trophischen Centren in den Vordersäulen des Lendenmarks zu suchen.“ Die Sensibilitätsstörungen entsprachen der Ausbreitung der Hautnerven des plex. sacral., woher es wahrscheinlich ist, dass sämmtliche, der Hautsensibilität dienende Bahnen durch die Sacralnervenwurzeln in das R.-M. eintreten. Nicht leicht erklärlich ist das Uebergreifen der Hautanästhesie auf den vom n. saphenus innervirten Hautbezirk am Unterschenkel. Vielleicht lag hier eine Anomalie des Ursprungs der Hautnerven (Henle) vor. Da in dem vorliegenden Falle eine Sensibilitätsrestitution *nicht* eingetreten war, da selbst die Restitution einzelner Empfindungsqualitäten an den Grenzen fehlte und sich nur im Verbreitungsbezirke des n. saphenus am Unterschenkel — nach den Angaben Létièvant's vertheilt — fand, so stellt Verf. die Hypothese auf, dass die Wiederherstellung der Sensibilität in dem nach Nervendurchtrennung anaesthetischen Hautbezirke an die Unversehrtheit der Nervenwurzeln gebunden sei. Die Beobachtungen der Autoren, die sich auf die Restitution beziehen, betreffen ausschliesslich Durchtrennungen peripherer Nervenstämme, während es sich hier um eine Durchtrennung der Nervenwurzeln im Wirbelkanal handelte.

(Fortsetzung folgt.)

Goldstein (Aachen).

---

612) **J. P. H. Boileau:** Brain Weight and Brain Power. (Hirngewicht und Hirnvermögen.) (The Lancet 23. IX. 1882.)

Verf. hatte die Gelegenheit, das Gehirn eines ausgezeichneten Staatsbeamten, der sich sowohl während der Vorbildungszeit, als auch während 24jähriger angestrengter Berufsthätigkeit in jeder Hinsicht, besonders aber durch umfassende Bildung hervorgethan hatte, zu untersuchen. Der Tod war nach erschöpfenden Diarrhöen und kurzdauernden heftigsten Kopfschmerzen eingetreten. Ausser einem Lungen- und Leberabscess fand sich auch ein Abscess im linken Streifenhügel vorn, der in den Ventrikel durchgebrochen war. Das Gewicht des Hirns betrug 59,72 Unzen = etwa 1850 Gramm; also bedeutend mehr als das Durchschnittsgewicht, und auch das specifische Gewicht mit 1,049 erhob sich beträchtlich über das mittlere specif. Gewicht zu 1,036. Die Schädelcapacität betrug etwa 108 Cub.-Zoll.

Karrer (Erlangen).

---

613) **Eustace Smith:** On convulsions in children. (The Lancet 8. VII. und 15. VII. 1882.)

Verf. bespricht in dem betreffenden Aufsatze die Natur, Aetiologie Symptomatologie, Prognose und Therapie der Convulsionen bei Kindern ohne etwas wesentlich Neues zu bringen. Karrer (Erlangen).

---

614) **A. B. Glasgow** (Philadelphia): Chorea. (The med. and surg. Reporter 17. VI. 1882.)

Gl. bringt eine kurze Uebersicht über die Krankheit und das in letzter Zeit in den Handbüchern darüber Geschriebene. Karrer (Erlangen).

---

615) Sciatica (two Years); Nervestretching, Cure. (The Lancet 1. VII. 82.)

Kurzer Bericht aus dem Hospital für Frauen in Nottingham über erfolgreiche Dehnung des rechten Nerv. isch. wegen zweijähriger Ischias. Die Heilung bestand bis zum Bericht seit einem halben Jahre. Karrer (Erlangen).

---

616) **Madigan** (Brooklyn): Recovery from an ounce dose of Chloralhydrate. (Chicago medical Review October 1881.)

Ein trunk- und chloralsüchtiger Arzt, der aus Rücksicht für seine Verwandten als Assistenzarzt in eine Irrenanstalt aufgenommen worden war, jedoch ohne Vorwissen der Collegen, gab einem tobsüchtigen Epileptiker, zu welchem er Nachts gerufen wurde, die angegebene Dosis (30 gramm) Chloral. Da sein Benehmen aber dem Wärter auffiel, rief derselbe die andern Aerzte, welchen es gelang durch Auswaschen des Magens die Wirkung so abzuschwächen, dass Pat. nach 48 stündigem Schlafe wieder erwachte. Am 3. Tage trat ein scarlatinaähnliches Exanthem am ganzen Körper auf, welches nach weiteren 2 Tagen desquamirte. Karrer (Erlangen).

---

617) **John A. Campbell:** The necessity for careful physical as well as mental examination prior to sending patients to asylum. (The Lan. 1. VII. 82.)

Der in einer ärztlichen Gesellschaft gehaltene Vortrag enthält eine Mahnung an die Aerzte bei Untersuchung eines Geisteskranken nicht die körperlichen Symptome zu übersehen. Besonders hält er es für nöthig darauf aufmerksam zu machen, dass man bei der Entscheidung der Ueberführung in eine Anstalt auch überlegt, ob der betr. Patient auch wirklich transportfähig ist. Vortragender hat eine Anzahl Kranker in moribundem Zustande in die Anstalt gebracht erhalten, auch in den Berichten anderer Anstalten wurden über derartige Vorkommnisse geklagt.

Verschiedene aus der eigenen Erfahrung beigezogene Erlebnisse dienen zur Begründung der Ausführungen des Redners.

Karrer (Erlangen).

---

618) **Emil Kraepelin** (Leipzig): Ueber psychische Schwäche. Eine Studie. (Arch. f. Psych. XIII. 2. p. 384.)

Im Grossen und Ganzen ist der Gedankengang der einen reichen Ideenschatz, allerdings auch viel Hypothetisches enthaltenden Arbeit der folgende: Es gibt 2 Componenten der psychischen Schwäche:

1. *Die verminderte Leistungsfähigkeit oder psychische Anergesie.* Die *Apperception* ist stark beeinträchtigt oder fehlt fast vollkommen und die Gefühle sind abgestumpft. Es leidet damit die Theilnahme für die Aussenwelt, crasser Egoismus tritt hervor, eine „egocentrische Weltanschauung“ greift Platz, der Character wird verändert. Da die Störungen im Gebiete des Vorstellungs- und Gefühlslebens

ihren gemeinsamen Ausdruck in der *Handlungsweise* des Individuums finden, so ist diese der zugängliche Maassstab. Das planvolle zweckbewusste Handeln fällt aus. Wegen des mangelnden Gedächtnisses fehlt die Erfahrung. In Bezug auf die forensische Zurechnungsfähigkeit ist hier besonders wichtig das (wegen der mangelhaften oder falschen Apperception) mangelnde Unterscheidungsvermögen solcher Individuen. Beispiele dieser Art psych. Schwäche finden sich in allen möglichen Krankheitsbildern. Idiotie, apathischer Blödsinn, nach sog. „Heilungen von Psychosen mit Defect" etc. Physiologische Analogie bietet das Kindes- und Greisenalter.

2. *Verminderte Widerstandsfähigkeit* von Kr. „*erethische Schwäche*" wegen der grossen Reizempfindlichkeit genannt. — Was das Gebiet der *Apperception* betrifft, so sind solche Kranke jedem äusseren Reize leicht zugänglich, sie vermögen ihre Aufmerksamkeit nicht zu fixiren, zahlreiche Wahrnehmungen stürmen auf sie ein, sie vermögen sich ihrer nicht zu erwehren; der Vorstellungsablauf wird durch verschwommene Associationen beherrscht, (Allitteration, Assonanz etc.) Die ganze intellectuelle Thätigkeit besteht in einem unübersichtlichen Durcheinander, daher die Entwickelung auf niedriger Stufe stehen bleibt. Die Erinnerung kann nur eine summarische sein, wodurch wieder die Erfahrung beeinträchtigt wird. Das Endresultat ist: geschwächte Urtheilsbildung und Kritiklosigkeit. — Im Gebiete des *Gefühlslebens* fehlt der feste und constante Boden für die höheren Gefühle. Die Motive des Handelns liegen in augenblicklichen Affecten, daher das explosive Handeln. Betreffs der forensischen Zurechnungsfähigkeit fehlt bei der „erethischen Schwäche" hauptsächlich die freie Selbstbestimmung. Die sittlichen Motiven erlangen wegen ihrer Flüchtigkeit keine genügende Intensität. Daher wird auch die Dispositionsfähigkeit beeinträchtigt. Beispiele für die „erethische Schwäche" finden sich am ausgeprägtesten in den sog. erregten Formen der Idiotie. — Leise Uebergänge zu dieser Form psychischer Schwäche kommen im Bereiche normaler Zustände vor: es sind das die oborflächlichen, flatterhaften Individuen, die Schwärmer, die sog. „verkannten Genies". Im Bereiche des Gefühlslebens gehören dazu die sog. „Gemüthsmenschen." — Anklänge finden sich im mittleren Kindesalter, sie persistiren häufig im weiblichen Character. —

Es sind also die beiden grossen Typen psychischer Schwäche die „Anergesie" und der Erethismus bis in die Breite des Normalen, worin sie wurzeln, zu verfolgen. Natürlich kommen *beide Formen* in *allen Graden verwischt* vor, es verbindet sich z. B. vorwiegende intellectuelle Anergesie mit affectivem Erethismus etc.

Vielleicht sind die beiden Schwächeformen (nach Analogie der Nervenschwäche) der Ausdruck einer mehr oder weniger hochgradigen Erschöpfung der centralen Nervensubstanz. Bei der hervorragenden Rolle der Apperception in dem fraglichen psychischen Krankheitsbilde wäre dann vielleicht die Spitze des Vorderhirns als Sitz der bezeichneten Zustandsveränderung anzusprechen.

Langreuter (Dalldorf).

---

619) **F. Jolly** Strassburg): Ueber den Einfluss der Aphasie auf die Fähigkeit zur Testamentserrichtung. (Arch. f. Psych. XIII. 2. p. 325.)

Verf. thut zunächst dar, wie abweichend von einander die Gesetzbestimmungen der einzelnen Staaten in Betreff der Testirfähigkeit Aphasischer sind. So ist nach heutigem französischen Civilrecht den Aphatikern, sowohl amnestischen wie motorischen — selbst mit intensiverem Sprachverlust, möglich so fern sie noch schreiben können, durch Unterschrift ein (z. B. von andern aufgesetztes) Testament zu errichten, nicht dagegen den zugleich *agraphischen* Aphatikern. Die gleiche Einschränkung der Testirfähigkeit besteht im Gebiete des preussischen Landrechts: „Tauben oder stummen Personen, *welche sich schriftlich oder mündlich ausdrücken können,* stehen die Gesetze bei Errichtung ihres letzten Willen nicht entgegen."

Liberaler ist dagegen das bayerische Notariatsgesetz, nach welchem es bei schreibunfähigen Aphatikern zulässig ist, ihre Mittheilungen durch *Ausfragen* herzustellen. Die Fragen können eventuell durch Zeichen beantwortet werden. Das Handzeichen (statt Unterschrift) des Testators wird durch Vertrauenspersonen beglaubigt. — Ganz ähnlich sind die Bestimmungen im Königreich Sachsen.

Jolly spricht dann seine Ansicht aus und es erscheint ihm vor Allem unbillig, Aphatiker, welche sich *weder durch Worte noch durch Schrift* auszudrücken vermögen, welche aber sonst noch im Stande sind sich verständlich zu machen, und welche dabei hinreichende Intelligenz bekunden, von der Testamentserrichtung gänzlich auszuschliessen. — Die Form ihrer Testamentserrichtung muss aber eine derartige sein, dass jeder Zweifel über ihre Willensmeinung und über ihre geistige Dispositionsfähigkeit ausgeschlossen werden kann. Sie sollten daher nur zu einem *öffentlichen* Testamentsverfahren zuzulassen sein; bei irgendwie zweifelhaften Fällen unter Zuziehung von Sachverständigen (Aerzten).

Für diejenigen Aphatiker dagegen, welche *schreiben können,* muss ausser dem öffentlichen das *eigenhändig geschriebene* und verschlossen dem Richter oder Notar übergebene Testament zulässig sein.

Die Zuziehung von Sachverständigen bei irgendwie zweifelhaften Fällen ist um so nothwendiger als — dem Ursprung des Leidens gemäss — mit Aphasie sehr häufig Geistesschwäche verbunden ist, zumal erfahrungsgemäss der Grad der letzteren gerade bei Aphatikern sehr häufig unterschätzt wird.

Worttaube und amnestisch Aphasische, die noch einen gewissen Wortschatz besitzen, machen (selbst beim Vorhandensein bedeutender Intelligenzstörungen) auf Laien häufig einen Eindruck grösserer Intactheit, als Aphatiker mit bedeutenden *motorischen Störungen,* deren Intelligenz wenig beeinträchtigt zu sein braucht.

Langreuter (Dalldorf).

520) **v. Krafft-Ebing** (Gratz): Gerichtsärztliche Gutachten. (Friedreich's Bl. f. ger. Med. 33. Jahrgang 5. Heft Sept. u. Oct.)

I. Querulanten-Wahnsinn, Insubordination im amtlichen Dienste.

A. K. 1832 geboren, uneheliches Kind, aus angeblich geistesgesunder Familie, wurde mit 20 Jahren Soldat und erwarb mehrere Tapferkeitsmedaillen, nie verwundet, nie schwer krank. Er heirathet 69, wird 72 Amtsdiener und geräth in schlechte Verhältnisse. Von 80 ab Aenderung des Benehmens, Lügenhaftigkeit, Ungehorsam, Uuverlässlichkeit. Er wird mit Verweis zum Gefangenaufseher gemacht, was ihn sehr kränkt. Er hält sich für unschuldig gemassregelt, für das Opfer der Intriguen des Gerichtsrathes N. Am 3. Januar 1881 erhält er Audienz bei Sr. Majestät und kehrt getröstet in seinen Dienst zurück, kann sich aber nicht entschliessen, die Uniform zu tragen. Er entdeckt in der 15monatlichen Dienstzeit, dass die anderen Aufseher unredlich sind, seine Denunciationen werden aber nicht berücksichtigt. Wegen fortgesetzten Weigerns, die Uniform zu tragen, erfolgt am 7. Dez. 81 Disciplinaruntersuchung und am 15. Dez. die Drohung einer Suspension vom Amte, falls er nicht binnen 5 Tagen die Uniform anlege. Darauf erklärte er am 17. zu Protokoll, dass er keinen Dienst mehr verrichte, da er das Dienstkleid aus bekannten Gründen nicht tragen könne, bleibt vom Dienste sofort weg und wird am 21. suspendirt. Er rekurrirt am 31. K. ist ein mittelgrosser Mann, von mittelmässigem Ernährungszustande, körperlich gesund. Der Stirnschädel ist schwach entwickelt, der linke Mundwinkel bleibt bei mimischen Bewegungen und beim Sprechen etwas zurück. K. macht den Eindruck eines geistig beschränkten Mannes, erzählt unaufhörlich von seinen Verdiensten als Soldat und Civildiener. Er hat stets für Wahrheit und Recht eingestanden und ist durch seinen Feind N. von Amt und Brod gebracht worden. Die Aufseher-Montur konnte er nicht tragen, weil dieselbe durch die schwindlerischen und betrügerischen Aufseher entehrt sei wie er durch seine Anzeige bewiesen (!) habe. Er producirt selbstgefällig das Concept seiner Beschwerde an das Ministerium. Sollte er auch pensionirt werden, so wird er doch tüchtig Staub aufwirbeln und mindestens 10 Ries Papier verbrauchen.

Gutachten. K. ist geistig beschränkt, durch hervortretendes Selbstgefühl abnormer Charakter, durch Nothlage und schlechte Ernährung in seinem Nervensystem reizbar geworden. Leidenschaftliche Verstimmung in Folge von Verweis und Versetzung wegen Unregelmässigkeit im Dienst im Herbst 80, Wahn, ungerecht verfolgt zu sein. Daher Verdrossenheit im Dienst, Unverträglichkeit, Denunciationssucht und Unbotmässigkeit. Mit blosser Leidenschaft kann der Geisteszustand des Exploraten nicht erklärt werden. Die originär anomale Persönlichkeit, die nachgewiesenen prädisponirenden und Gelegenheitsursachen der Erkrankung, das empirisch vorliegende Krankheitsbild, der progressive Verlauf von falschen Einbildungen bis zu falschen Wahrnehmungen, die wahnsinnig querulantenhafte Reaktionsweise, die andauernde tiefleidenschaftliche Erregung, die Verbissenheit, das krankhaft gesteigerte Selbstgefühl, die alogische Verknüpfung und Entstellung von Thatsachen, der Verlust der Besonnenheit sind sichere Kennzeichen der bestehenden schweren Geisteskrankheit.

Schlussgutachten. 1. A. K. leidet seit mindestens 15 Monaten an Wahnsinn. (Verfolgungs-Querulanten-Wahnsinn.)

2. Seine Pflichtwidrigkeiten im Dienste und sein eigenmächtiges Verlassen des Dienstes sind der direkte Ausfluss von Wahnideen. K. wurde pensionirt und unter Curatel gesetzt.

II. Schwachsinn. Verfolgungswahnsinn. Giftmordversuch aus Vergiftungswahn.

Der 74jährige Wittwer F. S. steht unter dem gegründeten Verdacht, zu 3 verschiedenen Malen, der Marie I. Gift in den Kaffee gethan zu haben. Den letzten Vergiftungsversuch gestand er ein, widerrief jedoch bald sein Geständniss. Ein Motiv suchte man vergebens. S. hat den Leumund eines boshaften, charakterlosen Menschen. Seinen Mitgefangenen erklärt er die That damit, dass er von seinen Hausleuten selbst mit Gift bedroht worden sei. In den Verhören beschuldigt er den Knecht K. des Giftmordversuchs, der ihn wegen einer beabsichtigten Heirath mit der I. weghaben wollte. Es stellt sich heraus, dass S. selbst die I. heirathen wollte und auf K. eifersüchtig gemacht wurde. Auf einen Mithäftling machte S. den Eindruck eines „gepritschten“ Mannes, der mitunter ganz unverständliches Zeug spreche, plötzlich zu tanzen beginne, dann wieder vor sich hin sinne und mit sich spreche. Die Prophezeihung eines gegen ihn bestehenden Complotts zweier Weibsbilder und eines Mannes hält er für wahr. Die Exploration ergibt, dass S. sich seit 2 Jahren von seinen Hausgenossen mit Gift bedroht fühlt. Der K. und die S. sind seine Feinde. Im Mai 81 erschreckt ihn der Tod mehrerer Katzen unter Vergiftungserscheinungen. Gleichzeitig erkrankte er nach verdächtigem Kaffee. Als die I. ihm im Herbst 81 Arsen zeigte und die Gefährlichkeit betonte, hielt er sich für bedroht. Er ass nicht mehr mit ihnen, schöpfte das Obere vom Kaffee ab, goss ihn auch einmal im Februar 82 weg. Er hörte öfters Aeusserungen seiner Hausgenossen, die auf seine Wegschaffung hin deuteten. Seit 2 Jahren fühlte er sich unwohl, weil er Gift bekam. Es war ihm oft „rar“ im Leib, er hatte Schmerzen, häufig Abführen, Erbrechen, Magendrücken. Ein alter Leibschaden machte ihm Schmerzen, er habe oft Uebelkeit, Appetitlosigkeit, das Essen schmeckte ihm hanfig. In schwachsinnigen Ausreden sucht er die Schuld von sich abzulenken und motivirt seine Heirathsgelüste damit, dass er 19 Fl. Vermögen habe und noch geschlechtlich potent sei. Beginnender Greisenblödsinn ist nicht auffindbar. Die Intelligenz ist zwar ungewöhnlich beschränkt, aber S. macht klare Angaben, hat ein gutes Gedächtniss und zeigt keine Herdsymptome. Auch körperlich ist er noch ziemlich rüstig. Der Schädel ist schmal, klein. Er ist augenblicklich gesund, hat jedoch eine bedeutende, linkseitige Skrotalhermie, welche offenbar sein Magen-Darmleiden bedingt.

Gutachten. Der originär schwachsinnige S. leidet seit 2 Jahren an Wahnideen der Verfolgung, welche Theilerscheinungen eines krankhaften geistigen Zustandes sind. Er misstraut seiner Umgebung, bezieht harmlose Vorkommnisse auf sich und deutet sie feindlich. Er hat falsche Sinneswahrnehmungen (Illusionen). Weitere Wahnideen folgen aus falscher Auffassung der Vorgänge der Aussenwelt. S. leidet somit seit etwa 2 Jahren an Verfolgungswahnsinn. Die spezielle Richtung desselben ist durch seine körperlichen Zustände bedingt. Seine That ist das Resultat einer unkorrigirbaren Wahnidee, die vermeintliche Abwehr eines rechtswidrigen Angriffs auf sein Leben. Dass er seine

Gegner nicht offen angreift, sondern zu dem feigen Mittel des Giftmords seine Zuflucht nimmt, erklärt sich aus dem hinlänglich erwiesenen Schwachsinn des Inkulpaten.

III. Hochgradige Imbecillität. Brandstiftung im Affekt und Angetrunkenheit. Ergebniss der Akten und der Exploration.

Der 22jährige F. Z. in Z. zündet am Abend des 23. April 82 das Wohnhaus seines Vaters an, wodurch sowohl dieses, als diejenigen von 14 Nachbaren in Flammen aufgehen. Am anderen Tage macht er sich durch Aeusserungen verdächtig, gesteht auch die That ohne alle Gemüthsbewegung ein und motivirt sie damit, dass er mit seinem Vater in Unfrieden lebte, weil dieser ihm nicht die Wirthschaft übergeben wollte. Es sei darüber häufig zu heftigen Auftritten gekommen, nach denen er vom Hause fortlief und tagelang fortblieb.

Am 23. lief Z. ebenfalls vom Hause fort, hielt um ein Mädchen in der Nachbarschaft an und consumirte dann 3 Liter Wein. Auf dem Heimwege wurde er in der Erinnerung an die Zwistigkeiten mit seinem Vater sehr zornig und beschloss die Streuhütte beim Wohnhause anzuzünden. Er fühlte sich rauschig und schwindlich, fand zu Hause keinen Einlass mehr und legte sich bei der Streuhütte nieder; da kam ihm wieder der Gedanke des Anzündens, den er sofort ausführte, sich dann hinlegte und durch den Feuerschein geweckt wurde Er freute sich zuerst über die schöne Flamme, erschrak dann und floh nach vergeblichen Dämpfungsversuchen nach U., wo er den Rest der Nacht in einer Tenne ruhig verschlief. Am 24. wurde er im Wirthshaus verhaftet. Z. gibt an, was richtig ist, dass sein Bruder irrsinnig und seine Schwester, ebenfalls irrsinnig, in der Anstalt gestorben sei. Auch die Mutter und eine weitere Schwester, ferner der Mutter Schwester und Mutter waren irrsinnig. 5 Geschwisterkinder waren theils epileptisch, theils nervenkrank und irrsinnig. Z. ist schwerhörig und mit einem chronischen rechtseitigen Ohrenfluss behaftet, angeblich in Folge von Scharlach und Fraisen, die er als Kind durchgemacht hat. Er kann weder lesen, noch schreiben, wurde nach erfolglosem Schulbesuch mit Haus- und Feldarbeit beschäftigt, leidet haufig an Schwindel und Kopfkongestionen. Er steht intellektuell auf sehr niedriger Stufe, kennt Geld und Geldeswerth nur nothdürftig, hat von Religion nur oberflächliche Vorstellungen, kennt die wichtigsten kirchlichen Feste, sowie die gewöhnlichen Gebete nicht. Ueber sein intellectuelles Unvermögen tröstet er sich damit dass das „Weibsbild" schon die Wirthschaft führen würde. Die Brandstiftung ist eine Sünde, die man beichten muss. Die Einsicht in die rechtliche und ethische Bedeutung der That und ihrer Folgen fehlt vollständig. Er erzählt sie mit heiterer Miene und meint, wenn man ihm die Schwere der That vorhält, er hätte die Dummheit besser unterlassen. Z. zeigt keine Symptome von Trunksucht, keine Spuren einer Kopfverletzung, ist nicht Epileptiker. Die vegetativen Funktionen sind ungestört. Z. ist klein, der Brustkorb rhachitisch, sein Gesammthabitus der eines geistig verkümmerten Menschen, der Schädel in allen Durchmessern zu klein (Mikrokephal), Stirnschädel wenig entwickelt, Zähne unregelmässig gestellt, Beissflächen gerieft, Ohren abnorm klein, unentwickelt.

Gutachten. F. Z. ist stark hereditär belastet, hochgradig schwach- fast blödsinnig. Die geistige Verkümmerung erklärt sich aus Entwicklungshemmung von Gehirn und Schädel. Die Difformität von Zähnen und Ohren

sind weitere Degenerationszeichen. Auch Fraisen im Kindesalter haben das schlecht veranlagte Gehirn geschädigt. Er steht in Fassungs-, Urtheils- und Combinationsvermögen auf der Stufe eines Kindes. Abstrakte Begriffe sind ihm völlig unbekannt; die Beziehungen des socialen und Rechtslebens kennt er nur fragmentarisch. Seine ethisch-religiösen Begriffe sind höchst dürftig, sein Urtheil- und Schlussvermögen sehr geringfügig. Es ist daher nicht denkbar, dass er bei Ausführung der Strafthat in seinem Bewusstsein Gegenmotive für dieselbe gefunden hat. Die Konkurrenz von Angetrunkenheit und Affekt gab ihm den Muth, die oft gewollte That auszuführen.

Schlussgutachten. F. Z. ist ein hochgradig imbeciller Mensch, welcher unfähig ist, rechtlich sittliche Motive für ein etwaiges Handeln zu verwerthen, die Bedeutung einer strafbaren That zu erfassen, ihre Folgen zu erkennen und sich daraus für Begehung oder Unterlassung zu bestimmen. Hierzu kommen noch der Affekt und der Rausch. Da Z. stets gemeingefährlich sein dürfte, so ist seine dauernde Aufnahme in ein Siechenhaus nothwendig. Landsberg (Ostrowo).

III. Vereinsberichte.

I. Société de Chirurgie.

Sitzung vom 17. October 1882. (Le Progrès méd. Nr. 42.)

621) **Chauvel** berichtet über eine Beobachtung von Vieusse. Es handelt sich um einen Fall von *Dehnung des N. Radialis wegen traumatischer Paralyse* mit Atrophie und trophischen Störungen.

Die Sensibilität erschien einige Stunden nach der Operation wieder. Die trophischen Störungen besserten sich und verschwanden gänzlich nach einigen Monaten; die Lähmung dauerte jedoch unverändert fort.

622) **Ferrier** spricht über einen Fall von Guermonprez. Derselbe zeigt, dass Druck auf den schmerzhaften Punkt und Versuche von Extension und Contraextension dem Verwundeten erhebliche Linderung verschafften in einem Falle von *traumatischer Läsion des Rückgrats.*

Sitzung vom 25. Octbr. 1882. (Le Progrès méd. Nro. 43.)

623) **Verneuil** legt der Gesellschaft im Auftrage von Longuet einen Fall von *Tic douloureux* vor, welcher mit Dehnung des unteren Zahnnerven behandelt worden ist. Anfänglich leichte Besserung, dann Recidiv. Diese Beobachtung ist insofern von Interesse, als der Nerv vom Munde aus aufgesucht worden ist.

624) **Chauvel** berichtet über eine von Schwartz beobachtete *Schädelfractur.* Ein 25jähriger Mann erhielt mit einem Glase einen Schlag an der linken und obern Seite der Occipitalgegend. Nach vorübergehendem Bewusstseinsverlust wurde er ins Spital gebracht, wo man am Grunde einer Wunde des Hinterhaupts eine Fractur mit Eindruck und Austritt einzelner Theilchen von Gehirnmasse unter der Haut constatirte. Ausser Hyperästhesie auf der rechten Seite fiel nichts besonders auf. Doch 5 Tage nach dem Unfall trat Fieber ein und mit

einer Meningo-encephalitis zeigte sich eine rechtsseitige Hemiplegie. Nun trepanirte S. und zog 2 voluminöse Splitter heraus, welche sich in die Gehirnmasse hineingesenkt hatten. Die Symptome besserten sich und 25 Tage nach der Operation war Wunde und Hemiplegie (trotz einer intercurrent eingetretenen Variola) geheilt. Um diese Zeit sah man eine fluctuirende Geschwulst die Narbe erheben. Man incidirte und es kam Eiter und Gehirnmasse heraus. Die Encephalomeningitis raffte den Kranken fort.

Rabow (Berlin).

II. Société de Biologie.

Sitzung vom 21. October 1882. (Le Progrès méd. Nro. 43.)

625) **Brown-Séquard** erinnert an seine frühere Mittheilung bezüglich der *Unempfindlichkeit des Kehlkopfs,* welche er durch die Berührung mit Kohlensäure erhalten hatte. Er hat nun dasselbe Phänomen eintreten sehen bei Anwendung eines Gemenges von gleichen Theilen Sauerstoff und Kohlensäure. Die Anästhesie tritt graduell ein, indem sie sich zuerst auf die Schleimhaut des Mundes, dann auf der des Schlundes und des Kehlkopfs bemerkbar macht. Sie bleibt stets local und verschwindet mit auffallender Schnelligkeit.

626) **Paul Bert** hat in Genf eine *Doppelmissbildung* beobachtet, welche der äussern Configuration nach der Rita Christina gleicht, welche von Serres beschrieben worden ist. Es ist ein fünfjähriges Kind, welches 2 Köpfe, 2 Brustkörbe, 4 Arme, ein einziges Abdomen und ein einziges Paar Beine hat. Die Verschmelzung der beiden Wesen hat am Nabel statt; unter demselben ist die anatomische Einheit vollständig, aber die physiologische Dualität besteht fort. — Jedes dieser beiden Missbildungen bedient sich des auf seiner Seite befindlichen Beines. Sie spielen und prügeln sich. In Bezug auf Intelligenz und Gesicht gleichen sie einander. Beide sprechen deutsch, französisch und italienisch. Während der eine sich in dieser Sprache unterhält, vermag der andere in jener die Conversation zu führen. Hunger- und Durstgefühl, Schlaf tritt nicht gleichzeitig bei beiden ein. Sie empfinden aber gleichzeitig das Bedürfniss der Urin- und Stuhlentleerung. Der eine war stark verschnupft, während der andere nicht das geringste Unbehagen verspürte. — P. Bert erinnert bei dieser Gelegenheit an ein ähnliches Monstrum. Von den beiden Wesen, aus denen dasselbe bestand, war das eine voll Geist und Witz und äusserst liebenswürdig in seinem Benehmen; das andere idiotisch, brutal und dem Trunke ergeben. Die Unmässigkeit des letzteren brachte schliesslich alle beide ums Leben.

Rabow (Berlin).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

627) *Die medizinische Abtheilung der Elektrizitäts-Ausstellung in München.* Von Dr. med. R. Stintzing in München.

Die medizinische Abtheilung der Elektrizitätsausstellung zu

München war nicht nur dazu bestimmt, ein Bild von dem gegenwärtigen Stande der Elektrotechnik auf medizinischem Gebiete zu geben; sie verfolgte vielmehr noch den weiteren Zweck einer *Lehrabtheilung,* insofern sie ausser den zahlreichen, praktischen Bedürfnissen dienenden Handelsartikeln auch eine grössere Anzahl rein wissenschaftlicher Instrumente und zur Belehrung über die medizinische Verwendung der Elektrizität allerlei Abbildungen vorführte.

In dem nachfolgenden Berichte soll nur von demjenigen Theile der Ausstellung die Rede sein, welcher für die *allgemeine* Elektrotechnik von Bedeutung war. Im Voraus sei dem Bedauern darüber Ausdruck verliehen, dass unter den etwa 20 Ausstellern manche namhaften Firmen, wie Krüger und Hirschmann in Berlin, Dr. Stöhrer & Sohn in Leipzig u. A., nicht vertreten waren, dass manche Anmeldungen noch im letzten Augenblicke zurückgezogen worden, andere nicht eingetroffen sind. Der Liberalität verschiedener Institutsvorsteher, insbesondere des Herrn Professor von Ziemssen, der das gesammte elektrische Instrumentarium des Münchener klinischen Instituts zur Verfügung stellte, war es zu verdanken, dass trotzdem die medizinische Ausstellung an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig liess und auch Fabrikate der genannten Firmen zur Schau brachte.

Durch ihre grosse Zahl und Mannigfaltigkeit fielen vor Allem die für den praktischen Arzt bestimmten *elektrotherapeutischen Apparate* ins Auge. Die Technik ist in dem Bestreben, die konstanten Batterien und die Induktionsapparate möglichst einfach, kompendiös und billig herzustellen, auf dem Höhepunkt angelangt und nur noch kleiner Abänderungen und Verbesserungen fähig.

Was die *Induktsionsapparate* anlangt, so herrschte bei sämmtlichen Ausstellern der kleine *Spamer* vor. Für Anwendung stärkerer Ströme und feinerer Abstufung behaupten die grösseren Du Bois-Reymond'schen Schlittenapparate mit wirksameren konstanten Ketten ihren Platz, die sich ebenfalls in verschiedenen Exemplaren in der Ausstellung vorfanden.

Als neue Erfindung ist hier zu erwähnen ein origineller Taschen-Induktionsapparat von Dr. Stein in Frankfurt a. M. (D. R.-P.) Der ganze Apparat ist in zwei Elektrodengriffen von Hartgummi untergebracht, von welchen der eine das (Chromsäure-) Element, der andere die Drahtrollen mit selbstthätigem Unterbrecher enthält. Sind die beiden Griffe durch Leitungsschnüre mit einander verbunden und stellt man den das Element enthaltenden Elektrodengriff auf den Kopf, so beginnt der kleine Apparat sofort zu arbeiten, und zwar mit einem kräftigen Strome, der durch Verschiebung einer dämpfenden Metallhülse regulirt werden kann. Beigegeben sind ein Paar als Elektroden aufzuschraubende Hanteln, die bei gymnastischen Uebungen sehr eigenthümliche Wirkungen auf die Arme ausüben.

Auch in Bezug auf die *konstanten Batterien* waren keine wesentlichen Neuerungen zu verzeichnen. Die *transportablen* Apparate der meisten Aussteller bestanden aus Zink-Kohle-Chromsäure-Elementen in verschiedener Anzahl und unterschieden sich nur durch das zu den Flüssigkeitströgen verwendete Material (Hartgummi oder Glas), sowie durch die Mechanik der Tauch- und Einschaltungsvorrichtungen. Unter den letzteren verdienen jedenfalls, was bequeme Handhabung und Zuverlässigkeit anlangt, die Kurbeln vor den Stöpseln und federnden Schlussschiebern den Vorzug. Ihrer allgemeinen Anwendung dürften wohl nur die komplizirteren Leitungen, welche die Apparate etwas vertheuern und dem Arzte die Reparaturen erschweren, im Wege stehen.

Nicht mehr ganz neu sind die von Reiniger ausgestellten *Winkelzellenbatterien.* Auch zu kleinsten *Induktions*apparaten hat Reiniger die Winkelzelle verwendet. Bei seinen konstanten *Tauchbatterien* stellt er die Leitung vom Zink zur Kohle in sehr einfacher und dauerhafter Weise dadurch her, dass er den rechtwinklig umgebogenen Zinkstab um das obere Ende des Kohlenstabes herumgiesst.

Weniger zuverlässig dürfte die übrigens ganz sinnreiche Verbindung der Elemente unter einander sein, welche Heller in Nürnberg an seinen Tauchbatterien anbringt, um die Zink- und Kohlentheile leicht entfernen und ersetzen zu können. An der unteren Fläche des mit Stiften (zum Einstöpseln) versehenen Apparatdeckels befinden sich nämlich, mit den Stiften in leitender Verbindung, zweiarmige Federn, welche beim Zudrücken des Deckels die Leitung zwischen je zwei Elementen herstellen.

Durch zweckdienliche Einfachheit ihrer transportablen Apparate zeichneten sich ferner einige Münchener Mechaniker (Katsch, Körner & Rott, Burri, Zettler) aus.

Als grosser Mangel fiel auf, dass sich an den allerwenigsten konstanten Batterien brauchbare *Galvanometer* fanden, ja an den meisten nicht einmal ein Galvanoskop. Die Schuld trifft hier weniger den Techniker als den Arzt, der, obwohl er wissen sollte, dass eine rationelle Therapie ohne Galvanometer unmöglich ist, aus falsch angebrachter Sparsamkeit sich damit begnügt, die Stärke seines Stromes mit dem trügerischen Massstab der Elementenzahl oder, wenn er mehr Erfahrung besitzt, nach dem Gefühle seiner eigenen Haut zu bemessen. Dass die Technik alle ärztlichen Bedürfnisse zu befriedigen im Stande ist, und der Arzt nur nach dem ihm Gebotenen zuzugreifen braucht, zeigte unsere Ausstellung, in welcher wir mehreren, bereits nach der neuen Masseinheit (Ampère) geaichten Galvanometern begegneten. Besondere Erwähnung verdient das von Dr. Edelmann in München angefertigte *Einheitsgalvanometer*, welches vermöge seiner grossen Empfindlichkeit Stromstärken bis 1 Millionstel Ampère erkennen lässt und daher zu feineren wissenschaftlichen Unter-

suchungen gut zu gebrauchen ist, auf der anderen Seite aber auch die Messung stärkerer Ströme, wie sie zu therapeutischen Zwecken angewendet werden, und darüber, bis zu 200 Milli-Ampère, ermöglicht. Zu diesem Zweck sind in dem Instrumente, welches überdies die Vorzüge eines Horizontalgalvanometers mit Siemens'schem Glockenmagnet und aperiodischer Dämpfung besitzt und eben so leicht zu transportiren wie auf den Nullpunkt einzustellen ist, drei Nebenschliessungen angebracht, deren jeweilige Einschaltung den durch die Galvanometerwindungen kreisenden Stromtheil, auf $^1/_{10}$, $^1/_{100}$ bezw. $^1/_{1000}$ der Gesammtstärke reduzirt. Ein solches Instrument wird vom Referenten bereits über $^1/_2$ Jahr im klinischen Institute gebraucht und hat sich ausserordentlich bewährt. Es wäre dringend zu wünschen, dass in Zukunft alle den medizinischen Apparaten beigegebenen Galvanometer nach der vereinbarten Masseinheit geaicht würden, damit die unklaren Begriffe: starker oder schwacher Strom oder Strom von x Graden gänzlich aus der medizinichen Literatur verschwänden. Der Instrumentenmacher Katsch in München hatte einer neuen, sehr genau gearbeiteten, konstanten Batterie ein solches Galvanometer beigegeben, an welchem man Stromstärken bis zu 12 bis 13 Milli-Ampère ablesen kann. Ebenso hatte Dr. Edelmann ein sogen. Taschengalvanometer für ärztliche Zwecke ausgestellt.

Gegenüber der grossen Zahl von transportablen Apparaten enthielt die Ausstellung nur wenige *stationäre* für Spezialisten und Anstalten. Die vom Münchener Institute bezw. Professor von Ziemssen ausgestellten stationären Apparate von Krüger und Hirschmann in Berlin vereinigen konstanten und Induktionsstrom und zeichnen sich durch die äusserst handliche Zusammenstellung aller in Gebrauch kommenden Schaltvorrichtung auf einem Tableau, durch ihre treffliche Mechanik und die Dauerhaftigkeit ihrer Batterien rühmlichst aus.

Auch einzelne *neue* diagnostische und therapeutische *Nebenapparate* fanden wir in der Ausstellung. Hierher gehören grössere kissenartige *Elektroden* von Reiniger, die statt aus überzogenen Metall- oder Kohlenplatten aus gepulverter Kohle mit einem Ueberzug von mehrfachen Baumwollenlagen bestehen. Vermöge ihrer Biegsamkeit legen sie sich sehr innig an jeglichen Körpertheil an, haben aber den Nachtheil, dass sie durch das unvermeidliche Ausschwemmen des Kohlenpulvers beim Anfeuchten mit Wasser sowohl dieses als die Haut und die Wäsche beschmutzen. Ferner fanden wir von demselben Aussteller eine neue Elektrode, welche (nach Dr. Arnold) im Griff den Commutator nebst Unterbrecher enthält, sodann eine von Dr. Stöhrer nach Professor Erb's Angaben angefertigte Elektrode zur Prüfung der elektrischen Hautempfindung u. A. m.

Dr. Stein hat durch Albert in Frankfurt nach französischem Muster einen Apparat zur Anwendung statischer Elektrizität an-

fertigen lassen, welchen der letztere in unserer Abtheilung aufgestellt hatte. Derselbe besteht aus einer Influenzmaschine, welche in einem mit Chlorkalzium und mit einem Ventilator trocken gehaltenen Glaskasten untergebracht ist und mittels eines durch eine Zinkplatinbatterie getriebenen Elektromotors in Gang gesetzt wird. Der Patient, auf welchen man die statischen Spannungsströme in mannigfacher Gestalt (Ladung, Druckströme, Funken u. s. w.) einwirken lassen kann, sitzt auf einem neben dem Apparat befindlichen Isolirtaburet. Ueber den Heilwerth dieser technisch gewiss leicht zu vereinfachenden Methode müssen erst grössere Erfahrungen gesammelt werden. Die Erfolge müssen schon sehr hervorragende sein, um bei Spezialisten und in Anstalten — vom praktischen Arzt gar nicht zu reden — die neue Methode einzubürgern, die einstweilen noch einen grossen Aufwand an Raum, Zeit und Kosten erfordert.

Die Batterien zu galvanokaustischen Zwecken besassen die bekannte Konstruktion: grosse Zinkkohlenplatten, die durch eine mehr oder weniger handliche Mechanik in die mit Chromschwefelsäurelösung gefüllten Glaströge getaucht werden. Die voluminösen und daher sehr wirksamen Batterien von C. & E. Fein in Stuttgart und von Albrecht in Tübingen eignen sich für den stationären Gebrauch. Heller in Nürnberg hatte auch ein Muster von kleineren *transportablen* galvanokaustischen Apparaten aufgestellt, welches sich durch elegante Ausstattung und mässigen Preis auszeichnete und nach vorläufigen Versuchen eine für die meisten operativen Zwecke hinreichende Stromstärke liefern dürfte.

Im Allgemeinen zeigte die Ausstellung, dass die Elektrotechnik auf medizinischem Gebiete keine wesentlichen Neuerungen zu verzeichnen hat. (Electrotechn. Zeitsch. 1882. X.)

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk (Posen) II. Assistenzarzt, baldigst. 2000 M., freie Station. 2) Eichberg (Nassau) 3. Hilfsarzt, 900 M., fr. Station. 3) Osnabrück 2. Assistenzarzt, baldmöglichst, 900 M., fr. Station. 4) Görlitz (Priv.-Irren-Anst. des Dr. Kahlbaum) psychiatr. erfahrener Oberarzt. 5) Halle a. S. (Priv.-Irr.-Anst.) II. Volontairarzt, sofort, 1200 M. freie St. I. Classe. 6) Bunzlau (Priv.-Irren-Anstalt) Director. 4500 M., freie Wohnung, Garten etc. Meldungen bis 6. Dezember an den Landeshauptmann von Schlesien, Herrn von Uthmann in Breslau. 7) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), II. Assistenzarzt sofort, 1000 M. freie Station. Französische Sprachkenntniss erforderlich. 8) Die Kreisphysicate Borken, Burgk (Greiz), Fulda, Gnesen, Geilenkirchen, Münsterberg (Breslau).

Ehrenbezeugung. Dr. Paul Guttmann in Berlin erhielt den Titel Sanitätsrath.

Versetzt. Reg.- und Med.-Rath Dr. Pistor in Frankfurt a/O. nach Berlin. Reg.- und Med.-Rath Dr. Philipp von Königsberg nach Liegnitz.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 1. Dezember 1882. Nro. 23.

INHALT.

I. Referate.

628) **Sigbert Ganser** (München): Ueber die periphere und centrale Anordnung der Sehnervenfasern und über das Corpus bigeminum anterius.
(Arch. f. Psych. XIII. 2. p. 341.)

Während Kellermann*) bezüglich der obenstehenden Frage die Ansicht äusserte, dass die Fasern beider Optici unter partieller Durchkreuzung im Chiasma im Tractus innig *mit einander verflochten* sind, dass also sog. „fasciculi laterales" nicht existiren, nimmt Gudden**) an, dass die gekreuzten und ungekreuzten Bündel in den verschiedenen Abschnitten ihrer Bahn einen mehr oder minder *gesonderten Verlauf* nehmen, und zwar im Hundehirn so, dass das *ungekreuzte* Bündel vom oberen Rande des Tractus kommend, das *gekreuzte* Bündel des

*) Kellermann: Kl. Mon. f. Augenh. XVIII, Beilageheft p. 38.

**) v. Gudden: Ueber die Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nervor. opticor. Graefes Archiv f. Ophthalm. XXV. 1. p. 31.

entgegengesetzten Tractus *kreuze* und an die *mediale* Seite des *gleichseitigen* Nerven treten.

Auf Grund von Experimenten kommt nun Ganser zu dem Resultate „dass bei der *Katze* die *ungekreuzten* Opticusfasern im Chiasma und Nerv als *geschlossenes Bündel* entlang dem *lateralen* Rande beider verlaufen, so zwar, dass sie das gekreuzte Bündel an dessen dorsaler Seite noch ein wenig decken; zwischen beiden besteht höchstens eine verschwindend kleine Zone gemischter Fasern. *Das ungekreuzte Bündel bildet also einen wirklichen Fasciculus lateralis.*

Eine interessante Analogie fand G. zufällig bei der Section eines 72 jährigen Epileptikers. Es verlief hier nämlich das ungekreuzte Bündel des rechten Tractus eine lange Strecke isolirt, indem es sich bald über dem Corpus geniculatum abtrennte, sich an die laterale Seite des Sehnerven anlegte bis es (34 mm. vom Bulbus) in diesen inserirte.

Auf Grund seiner microskopischen Untersuchungen an dem Auge derselben Katze constatirte G. „dass die Nervenfasern des *ungekreuzten* Bündels sich ausschliesslich in der *temporalen Hälfte* der Retina verbreiten, während in der *nasalen* nach Durchschneidung des gekr. Bündels eine auf die *Nervenfaser- und Ganglienzellenschicht* sich erstreckende *vollständige Atrophie* aller nervösen Theile eingetreten ist." — In Bezug auf die *Area centralis* der Retina glaubt Vf., dass dieselbe nicht vollständig atrophirt, sondern nur *an Zellen verarmt.*

Als Versuchsthier in Bezug auf den Gesichtssinn hält G. die Katze darum für sehr geeignet, weil das Gesicht bei ihr im Vgl. z. B. zum Hunde, Kaninchen etc. sehr ausgebildet ist und weil das Katzenauge dem menschlichen sehr nahe steht, einmal wegen der Grösse des binocularen Gesichtsfeldes (dasselbe ist wegen der divergirenden Augenaxen beim Hunde sehr klein), dann wegen der Aehnlichkeit der Netzhaut. Dieselbe hat nämlich bei der Katze eine histologisch differenzirte umschriebene Partie, welche die wesentlichen Charactere einer centralen Sehstelle besitzt. — Das sehr sinnreiche Verfahren des Verf. um die ungekreuzten Bündel zu isoliren bestand darin, dass er bei einem Kätzchen 3 Tage nach der Geburt das linke Auge enucleirte und dann mit einer spitzen Pincette durch das foram. opt. den gleichseitigen Tractus opticus zerriss. So mussten die *gekreuzten* Bündel *beider* Augen und das *ungekreuzte* des linken durch Atrophie *zu Grunde gehen, erhalten* konnte sich nur das *ungekreuzte* Bündel des *rechten* Auges. — Das Versuchsthier wurde nach 9 Monaten getödtet und zog Vf. aus dem Sectionsresultat (durch Constatirung der atrophirten Partien) obige Schlüsse.

Um der Frage des Massenverhältnisses des gekreuzten und ungekreuzten Bündels näher zu treten, exstirpirte Ganser bei ferneren 2 Kätzchen Partien der l. Grosshirnhemisphäre einmal in kleinerer das andere Mal in sehr grosser Ausdehnung mit Schonung der grossen Ganglien. Bei Section nach 9 Monaten zeigte sich, dass die *Atrophie* welche der *gleichseitige* (linke) Tractus erlitten hatte, sich in ungleicher Weise auf die Nerven und zwar *mehr* auf den *entgegengesetzten* (rechten) erstreckt hatte. Es folgte daraus „dass das *ungekreuzte* Bündel bei der Katze *kleiner* ist als das gekreuzte."

In Bezug auf die Netzhäute wurde constatirt, dass die *linken* Hälften beider Retinae mit einer dünneren Faserschicht versehen waren als die rechten, entsprechend also dem Ausbreitungsgebiet des linken ungekreuzten und des rechten gekreuzten Bündels, die beide aus dem atrophirten linken Tractus stammen. Anhangsweise behandelt Vf. das *Corpus bigeminum anterius* der Säuger. Nach seinen mikroscopischen Untersuchungen theilt er die Schichtung desselben folgendermassen ein:

1. Zonale Fasern (nur bei höheren Säugern vorhanden).
2. Oberflächliches Grau.
3. Oberflächliches Mark.
4. Mittleres Grau.
5. Mittleres Mark.
6. Tiefes Mark.
7. Tiefes od. röhrenförmiges Grau.

Auf Exstirpationsexperimente gestützt glaubt Verf., dass davon die Schicht 5, das mittlere Mark zum Theil aus der Grosshirnrinde stamme. Langreuter (Dalldorf).

---

629) **O. Kahler** (Prag): Casuistische Beiträge. (Prager med. Wochensch. Nro. 37. 39. 40. 1882.)

(Fortsetzung.)

II. Enchondrom des Köpfchens der siebenten und achten Rippe mit Uebergriff auf die entsprechenden Wirbel. Degeneration des 7. und 8. Intercostalnerven, Compression des Rückenmarkes.

Gründer Wenzel, 57 jähr. Taglöhner, aufgenommen den 21. April 1879 in die Klinik des Prof. Halla. Früher 2 Mal Typhus, nie Syphilis. 1871 im Winter linksseitige Pneumonie. Im Sommer 1878 ohne Veranlassung heftige Schmerzen im Kreuz und in der Wirbelsäule. Seit einiger Zeit Abnahme der Muskelkraft in den unteren Extremitäten, Parästhesien und Schmerzen in den Beinen. Husten.

Status den 28. April. Linksseitige pleuritische Einziehung, umschriebene Verdichtung der rechten Lungenspitze. Allgemeine Arteriosclerose, abendliche Temperatursteigerung — 38,4. Schmerzen in der Wirbelsäule. An einer über den Knorpelansätzen der 6.—9. l. Rippe gelegenen Hautstelle fehlt die Empfindung feiner Berührung. Innerhalb dieser eliptischen Stelle ein kleiner Bezirk, in welchem Schmerzempfindung und Temperaturempfindung vollkommen fehlt. In den peripheren Theilen der anästhetischen Hautpartie fehlt nur die Tastempfindung allein. Die Dornfortsätze der 6 unteren Brustwirbel und der 3 oberen Lendenwirbel sind bei Druck schmerzhaft, bei starkem Druck noch die Dornfortsätze des 3.—5. Brustwirbels. Kniephänomen und Fussphänomen beiderseits vorhanden. Paretischer Gang, Stehen bei Augenschluss sicher, Gehen unsicher. Häufiger Harn- und Stuhldrang. In den folgenden Tagen und Monaten wurden Intercostalschmerzen, Zunahme der Lähmungserscheinungen an den Beinen, heftige, reissende Schmerzen in denselben, dann völlige Lähmung des l. Beines beobachtet.

Electr. Erregbarkeit für den Inductionsstrom:

Nervus ulnaris (über dem Handgelenk). *Links* — 15 Cm. R. A. (L. W. bei 12 El. — 15⁰ N. A., bei 16 El. — 20⁰ N. A.). *Rechts* ebenso.

Nervus peroneus. Links — 11 Cm. N. A. (L. W. bei 12 El. — 6⁰ N. A., bei 16 El. — 14⁰ N. A.) *Rechts* — 9,5 Cm. N. A. (L. W. bei 12 El. — 4⁰ N. A., bei 16 El. — 9⁰ N. A.)

Nervus cruralis. Links — 8 Cm. R. A. (L. W. bei 12 El. — 22⁰ N. A., bei 16 El. — 28⁰ N. A.) *Rechts* — 8 Cm. R. A. (L. W. bei 12 El. — 25⁰ N. A., bei 16 El. 27⁰ N. A.)

Also entschiedene Abnahme der electr. Erregbarkeit in den beiden n. crurales. Im Juni Fehlen des Kniephänomens. N. peroneus für Strom unerregbar. Am 19. Juni Tod.

Section (Prof. Eppinger) ergab: Tuberculosis pulmon. et intestini tenuis Hydronephrosis et Pyelitis catarrhalis lat. utriusque. Dilatatio et catarrh.-chron. vesicae urin. Decubitus gangraenos. Tumor lienis acutus. Am hinteren Rande der l. Lunge tiefer Eindruck, bedingt durch einen apfelgrossen Tumor, welcher unmittelbar neben dem Wirbelkörper der Innenfläche des Ursprungs der 7. und 8. l. Rippe aufsitzt. Er breitet sich auch nach hinten aus und nimmt die Stelle des Köpfchens der 7. und 8. Rippe ein. Hier findet sich ein unmittelbar der Wirbelsäule, zum Theil den Dornfortsätzen von der l. Seite her anliegender Tumor von 5 Cm. Länge und 4,5 Cm. Breite, sich 3 Cm. über die Thoraxfläche erhebend, von knorpelharter Consistenz. Durch das Uebergreifen auf die entsprechenden Wirbelkörper und das Hineinragen in das Lumen des Wirbelkanals erscheint das Rückenmark stark comprimirt; Meningen hier blass. R.-M.-Substanz erweicht. 7. Intercostalnerv scheint in den Tumor einzutreten und in ihm völlig aufzugehen, 8. völlig comprimirt. Die linksseitige Intercostalneuralgie und die umschriebene Hautanästhesie im Bezirke der rami perforantes laterales der Intercostalnerven an der vorderen, seitlichen Fläche des Thorax entspricht der Degeneration des 7. und 8. Intercostalnerven, die successiv entwickelte Lähmung der unteren Körperhälfte aber dem Uebergreifen der Geschwulstbildung auf die Wirbelknochen, der Verengerung des Wirbelkanals und der R.-M.-Compression. Nicht erklärbar ist, dass die Tastempfindung in bedeutend grösserem Umfange als die Temperatur- und Schmerzempfindung fehlte. Das Verlorengehen des Kniephänomens, der Verlust der faradischen Erregbarkeit der N. peronei beruhen wohl auf einer von der Compression abhängigen Erkrankung des Lendenmarkes.

III. Fractur des 12. Brustwirbels. Läsion des Rückenmarkes.

Martinka Franz, 31 jähr. Zimmermann, aufgenommen den 14. Mai 1880 in die Klinik von Prof. Gussenbaur. Kranker ist vor wenigen Stunden von einem 2 Klafter hohen Baugerüst auf das Gesäss gestürzt. Sofort Bewusstlosigkeit. Mässiger Shok, Fraktur des 12. Brustwirbels, vollständige motor. und sensibele Paraplegie, Harnverhaltung. Am folgenden Tage Gürtelschmerzen, 5 Tage Dauer. Harnincontinenz. 3 Wochen später constatirt Verf.: R.-M. muss hochgradige Compression erlitten haben, vollständige Sphincterenlähmung,

Cystitis, decubitus sacral. incipiens, abendliches Fieber. Untere Extremitäten zeigen vollständige motor. Lähmung, Kniephänomen fehlt beiderseits. Vollständiges Fehlen der electr. Erregbarkeit für Inductionsstrom an den Muskeln des Unterschenkels und des Fusses, Herabsetzung an den Muskeln der Vorder- und Innenfläche des Oberschenkels. Sensibilität fehlt an den Unterschenkeln in allen Qualitäten. An der vorderen Rumpffläche wird die obere Grenze durch eine Linie, die die beiden spinae ant. sup. verbindet, gebildet; darüber vier Querfingerbreite Zone, wo Nadelstiche empfunden werden, Tast- und Temperaturempfindung fehlen; darüber wieder eine 3 Querfinger breite Zone, wo leise Berührungen nicht empfunden werden.

Eine spätere Untersuchung lies den Verlust der Temperaturempfindung etwas aufwärts gerückt erscheinen, noch mehr aber den Verlust der Schmerzempfindung. Der Kranke wurde in seine Heimath überführt und konnte nicht weiter beobachtet werden.

IV. Fractur der Halswirbelsäule. Compression des Rückenmarkes in der Höhe des siebenten Halsnervenpaares.

Jansky, Joh., 65 jähr. Taglöhner, in die Klinik von Prof. Halla am 19. März 1878 aufgenommen. Er ist den 9. März $1^1/_2$ Klafter tief auf den Rücken gestürtzt, Bewusstsein nicht verloren, Beine gelähmt und unempfindlich. Unempfindlichkeit verbreitet sich nach aufwärts, Harnentleerung wird erschwert, 7 Tage nach Unfall Blasenlähmung. Die klinische Aufnahme ergibt Lordose der Halswirbelsäule, Druckempfindlichkeit des 6. Halswirbeldornfortsatzes. Völlige Lähmung der Rumpfmuskeln und der unteren Extremitäten, Lähmung der Vorderarm- und Handmuskeln. Hautsensibilität in allen Qualitäten bis in die obere Brustgegend aufgehoben. Verlust der Schmerzempfindung stand 2 Rippen tiefer als Tast- und Temperaturempfindung. Rechts standen die Grenzen um 1 Rippe weiter nach oben als links. An den oberen Extremitäten fand sich Abstumpfung der Sensibilität im Ulnarisgebiet und der Tastempfindung allein an der hinteren Fläche des Oberarms beiderseitig. Am folgenden Tage war die Unempfindlichkeit für schmerzhafte Reize beiderseits um die Höhe einer Rippe nach oben gerückt. Die Untersuchung des Rückenmarks ergab eine durch Compression bedingte transversale Erkrankung des Rückenmarks in der Höhe des 7. Cervicalnerven, ausserdem 2 in den Hintersträngen gelegene bis zur Eintrittshöhe des 5. Cervicalnerven aufsteigende Herde, wovon der im rechten Hinterstrange weiter nach vorn reichte, bis an den inneren Contour des rechten Hinterhorns und bis an die hintere Commissur sich erstreckend, der im linken geringeren Umfang hatte und auf die centralen Partien der weissen Substanz beschränkt blieb. Damit versuchten der Verf. und Pick (mit welchem der Fall beobachtet und schon früher beschrieben wurde) den klinischen Befund der Sensibilitätsstörung in Einklang zu bringen. Auch im Falle III. war transversale Rückenmarkslaesion mit völliger Leitungsunterbrechung anzunehmen und auch hier standen die Grenzen des Verlustes der Schmerzempfindung tiefer als jene des Verlustes der anderen Empfindungsqualitäten. Aber gerade desshalb beharrt Verf. nicht

auf der früheren Annahme, weil dann für beide Fälle eine identische und symmetrische Ausbreitung der Laesion der Hinterstränge zu supponiren wäre, was zu gewagt erscheint. Er spricht daher nur die Vermuthung aus, dass wir in dem Befunde einer partiellen Empfindungslähmung an den Grenzen der totalen Anaesthesie bei transversaler Rückenmarkslaesion eine Erscheinung zu erblicken haben, die von der Unterbrechung der an der Laesionsstelle und des R.-M. eintretenden hinteren Wurzeln abhängig ist.

(Schluss folgt.)

Goldstein (Aachen).

---

630) **Kingleton Smith** (Bristol): Case of spasmodic rhythmical contractions of Diaphragm, Recti and other muscles. — Recovery. (Klonische Krämpfe in Zwerchfell und Bauchmuskeln. Heilung.)

(Brain, October 1882.)

Ein 20 jähriges Dienstmädchen litt an klonischen Zuckungen der Recti abdominis und des Zwerchfells, die sich auch nach dem Rücken und Nacken erstreckten. Pat. wurde 5 Monate lang mit allen möglichen narkotischen und antispasmodischen Mitteln behandelt, und schliesslich geheilt entlassen. Auch drei Jahre später war die völlige Heilung noch vorhanden. Pierson (Dresden).

---

631) **Charles Beevor** (London): Case of Glosso-Labial Paralysis, with progressive muskular Atrophy and lateral Sclerosis. (Fall von Bulbärparalyse mit progressiver Muskelatrophie und Lateralsklerose.)

(Brain, October 1882.)

Typischer Fall von Bulbärparalyse mit ziemlich raschem Verlauf. Rapid fortschreitende Muskelatrophie, starke fibrilläre Zuckungen, welche besonders an den Fingern einen fortwährenden Tremor verursachen; faradische Erregbarkeit herabgesetzt. Patellarreflex sehr gesteigert; Rigidität in den Unterextremitäten, Fussklonus. Plötzlicher Tod durch Verstopfung des Larynx beim Essen.

Autopsie: Verdickung der Pia mater spinalis. Nervenwurzeln normal, Perineurium verdickt. In den Seitensträngen hochgradige Hyperplasie der Neuroglia, obenso in der grauen Substanz. Gefässwände verdickt. In den Lymphräumen der hinteren Commissur, in der Cervicalgegend auch in der vordern Commissur findet sich eine glänzende homogene Masse von albuminösem Charakter, welche sich von Myelin durch ihre stark lichtbrechenden Eigenschaften unterscheidet. Multipolare Ganglienzellen der grauen Vorderhörner fast vollständig atrophirt. Die Axencylinder in den sklerosirten Partien atrophisch und in verschiedenem Grade geschwunden. In der Medulla oblongata wurde auffallenderweise nichts Abnormes gefunden. Das übrige Gehirn konnte nicht untersucht werden.

Verf. hält den Fall nicht für primäre amyotrophische Lateralsklerose, weil die Atrophie der Lähmung vorausging und weil nicht eine Atrophie en masse eintrat, sondern Muskel für Muskel nach einander von der Affection befallen wurde. Auch fehlte die für amyo-

trophische Lateralsklerose charakteristische Rigidität sowie Contracturen an den Oberextremitäten. Die Frage, wie man sich die hochgradigen bulbären Erscheinungen bei intacter Medulla obl. erklären soll, lässt der Verf. unerörtert. Pierson (Dresden).

---

632) **David Ferrier** (London): Case of Allocheiria. (Brain, Oct. 1882.)

Der Kranke, welcher dies zuerst von Obersteiner (Brain, Juli 1880) beobachtete Phänomen (Verlegung sensibler Eindrücke auf die correspondirende, nicht gereizte Seite) darbot, war von einer beträchtlichen Höhe herab auf den Kopf gefallen und darauf 16 Stunden lang bewusstlos gewesen. Bei der Aufnahme wurde Verlust der Convergenzbewegungen der Augen, schwankender unsicherer Gang, normales Verhalten der Tastempfindlichkeit bezüglich der Feinheit und Schnelligkeit der Reaction constatirt, jedoch wurden sämmtliche sensible Eindrücke auf die symmetrische Stelle der entgegengesetzten Seite verlegt; jedoch beschränkte sich die Allocheirie auf die Unterextremitäten bis zur Leistengegend. Oberhalb dieser wurden alle sensiblen Reize richtig empfunden. Dagegen wurde an den Stellen, wo die Allocheirie auftrat, ferner auch an der Zunge, der Mundhöhle und in den Nasenlöchern eine der Allocheirie entsprechende Umkehrung der Reflexreactionen wahrgenommen. Kitzelt man z. B. mit einer Feder das eine Nasenloch, so trat Zurückweichen des Kopfes und Thränensecretion ein, während der Kranke sich energisch an dem anderen Nasenloche rieb; ebenso verhielt sich die Zunge; auch wurden Geschmacksempfindungen auf die unrichtige Zungenhälfte verlegt. Wurde die eine Fusssohle gekitzelt, so zog der Patient den anderen Fuss zurück u. s. w. Das Sehvermögen war normal, Gehör rechts schwächer als links. Sehnenreflexe gesteigert. Abdominal-, epigastrischer und Cremasterreflex vorhanden, jedoch trat bei letzterem Bewegung des entgegengesetzten, oder beider Beine ein. — Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopfe, Percussion desselben schmerzhaft.

Im Verlauf einiger Monate trat Besserung ein, die Allocheirie verlor sich, nur der Gang blieb etwas schwankend und die Schwerhörigkeit rechterseits dauerte fort. Pierson (Dresden).

---

633) **W. B. Hadden** (London): The nervous symptoms of Myxoedema. (Die nervösen Erscheinungen des Myxödems.) (Brain, Juli 1882.)

Als die Cardinalsymptome dieser eigenthümlichen Affection bezeichnet Hadden:

1. Langsamkeit der körperlichen Bewegungen.
2. Langsamer Ablauf der intellectuellen Vorgänge.
3. Constante subnormale Temperatur.
4. Verminderte Harnstoffausscheidung.
5. Isolirtes Oedem der Haut und des Bindegewebes.
6. Verkleinerung der Schilddrüse.

Verf. fasst die Krankheit als eine Gefässneurose und zwar als Angiospasmus auf. Das Oedem erklärt er durch Annahme von spas-

tischen Stockungen in den Lymphbahnen. Er betont ferner das gelegentliche Vorkommen von ausgebildeten psychischen Störungen bei Myxödem und glaubt, dass die Krankheit in manchen Beziehungen zum sporadischen Cretinismus und zur Sklerodermie steht.

Pierson (Dresden).

---

634) **W. Eliassow** (Königsberg): Beiträge zur Lehre von dem Schicksal des Morphins im lebenden Organismus. (Inaug. Diss. Königsb. Juni 1882.)

Ueber das Schicksal des Morphin im lebenden Organismus existiren aus der neueren Zeit 2 Arbeiten, deren Ergebnisse sich diametral gegenüberstehen. Während Kauzmann fand, dass das in den Organismus eingeführte M. sich in demselben nicht zersetzt, sondern zum grössten Theil durch den Harn unverändert ausgeschieden wird, konnte Landsberg weder bei subcutanen Injectionen noch nach Einführung des M. in den Magen die Morphinreaction im Harn erhalten. Diese Divergenz der Resultate veranlasste den Verf. Controllversuche (unter Prof. Jaffés Leitung) anzustellen.

Auf Grund zahlreicher an Thieren und Menschen vorgenommener Untersuchungen gelangte E. nun zu dem Resumé, dass das in den Organismus eingeführte Morphin im Harn als solches mit Sicherheit nur nachgewiesen wird, wenn es in sehr grossen Dosen gegeben worden ist. In kleinen Dosen (einige Centigramme bis einige Decigramm) konnte unverändertes Morphin im Harn nicht gefunden werden; dagegen erschien daselbst eine Substanz, die vielleicht von einem Umwandlungsproduct des M. herrührt.

Ausgehend von der von Landsberg aufgestellten Hypothese, dass das M. im Blute unter dem Einfluss des Gase und der Alkaliscenz des Blutes, möglicherweise auch durch Fermente zersetzt werde, injicirte Verf. (um die Oxydationsprozesse und etwaige fermentative Prozesse im Blute abzuschwächen) neben Morphin gleichzeitig Chinin. Er erwartete, dass auf diese Weise das M. der Zersetzung entgehen würde, aber es gelang auch bei gleichzeitiger Herabsetzung der Oxydationsprozesse durch Curare oder Chinin nicht, den Uebergang von kleinen Mengen M. im Urin nachzuweisen.

Bei seinen ferneren Versuchen bemühte Verf. sich, zu ergründen, ob es gelinge, Derivate des M. im Harn zu finden. Indem er von der Möglichkeit ausging, „dass sich von dem stickstoffhaltigen Morphin bei der Zersetzung direct Ammoniak abspalte, und dass vielleicht das M., ähnlich wie das Phenol, mit der im Stoffwechsel auftretenden Schwefelsäure zu einer gebundenen Schwefelsäure sich vereinigen könne,“ beobachtete er schliesslich den Einfluss des Morphingebrauchs auf den Gehalt des Harns eines Hundes an Gesammtschwefelsäure, an gebundener Schwefelsäure und an Ammoniak. Es liess sich eine geringe Zunahme der gebundenen Schwefelsäure des Harns und eine nicht unerhebliche Zunahme der Ammoniakausscheidung nachweisen.

Rabow (Berlin).

---

635) **C. Sequin** (New-York): The efficient dosage of certain remedies used in the treatment of nervous dieseases. (Wirkung gewisser Nervenmittel.) (Read before the medical society of the state of New-York Febr. 7. 1882 at Albany by C. Sequin M. D. New-York. Reprinted from the Transactions of 1882.)

Verf. führt eine Reihe von Nervenheilmitteln an, die nach seinen langjährigen Erfahrungen in grössern Dosen, als die vorgeschriebenen, gegeben werden müssen, um wirklich Nutzen zu bringen; der Heileffect dieser Arzneimittel liege zwischen ihrem physiologischen und toxischen Effecte; übrigens müsse man allmälig von den kleineren zu den grössern wirksamen übergehen. So gibt er das flüssige *Extract. Conii* (gewöhnlich. Dosis 0,03—0,18) bei Chorea, Spasmen gelähmten Gliedern, allgemeiner Reizbarkeit, Schlaflosigkeit in Dosen von 1,0—6,0 1—2 mal täglich eventuell wochenlang fortgesetzt. Wirkung: Parese der obern Lider, zuweilen auch der Arme und Beine, Diplopie) *Sol. ars. Fowleri* (0,1—0,5) heilt nach ihm in Dosen von 3 bis 30 Tropfen 3 mal täglich jede Chorea; bei etwa auftretenden Vergiftungssymptomen wird die Cur auf ein Paar Tage unterbrochen. *Aconitin.* Verf. bedient sich des Duquesnel'schen, dessen gewöhnliche Dosis etwa um das hundertfache kleiner ist, als die unseres Aconit., und empfiehlt es als das relativ beste Heilmittel gegen Trigeminus-Neuralgien in Dosen von ca. 0,0001 (0,0003 machen oft schon starke Vergiftungssymptome).

Vom *Phosphor* (0,0005—0,001) soll wenigstens 0,002—0,006 3 mal täglich gegen Neuralgien, nervöse Erschöpfung, Dementia pp. gegeben werden.

Argent. nitric. (0,005—0,03) lobt er als nützlich in nicht wenigen Fällen von Tabes dors. Seine gewöhnliche Dosis ist 0,012—0,03 3—4mal täglich, 2 Monate hintereinander (bei uns gleichfalls üblich).

Voigt (Oeynhausen).

---

636) **Koster** (Marsberg): „Ueber die Gesetze des periodischen Irreseins und verwandter Nervenzustände.“ (Bonn. 1882. E. Strauss. gr. 8⁰. p 139.)

Es hat von jeher eine grosse Neigung bestanden, physiologische und pathologische Vorgänge von periodischer Beschaffenheit mit ausserhalb des Organismus liegenden und einem mehr oder weniger gesetzmässigen Wechsel unterworfenen Verhältnissen in causalen Zusammenhang zu bringen, weil man die Bedingungen und Ursachen jener Periodicität im Organismus selbst vergebens zu erkennen vermochte. Und so hat man denn schon lange kosmische, siderische, tellurische oder athmosphärische Einflüsse zur Erklärung derselben herangezogen, je nach dem Standpunkt und Geschmack des jeweiligen Beobachters. Ganz besonders aber hat man allen unter dem Bilde der Periodicität verlaufenden krankhaften Nerven- und Geisteszuständen von diesem Gesichtspunkt aus näher zu kommen gesucht, wir brauchen nur an die einschlägigen Untersuchungen von Esquirol, Pinel, Forster, Guislain, Friedreich und A. zu erinneren. Diese Anschauungen schienen eine Zeit lang in den Ideen Esquirol's über den störenden und erregenden Einfluss der hellen Mondphasen auf die Geisteskranken den vorwiegendsten Ausdruck gefunden zu haben, im Laienpublikum wurzelte

dieser Glaube freilich schon viel länger, wie das englische Wort „lunatic“ und unser deutscher Volksausdruck „mondsüchtig“ beweisen.

Der Verf. war unsrer Ansicht nach der erste, welcher 1859 in der allgem. Zeitschrift für Psychiatrie die Meinung aussprach, es schienen nicht sowohl die Mondphasen als vielmehr seine Umlaufszeiten und die grössere Nähe oder Entfernung desselben von der Erde mit jener Periodicität im Zusammenhang zu stehen. Dieser Anschauung, welche er damals durch verhältnissmässig wenige Beobachtungen stützen konnte, ist er bis heute mit einer seltenen Ueberzeugung und Ausdauer treu geblieben und sucht sie in dem vorliegenden Buche, welches das Resultat Jahre langer sorgfältiger und mühevoller Detailarbeit ist, wissenschaftlich zu beweisen.

Dass ein bedeutender Einfluss des Mondes auf unsere Erde statt hat, ist wohl nicht zu bezweifelen, ist doch das Zustandekommen der Fluth resp. Ebbe nach übereinstimmender Ansicht der Sachverständigen zum grössten Theil sein Werk. In neuerer Zeit will man auch eine Einwirkung desselben auf den Erdmagnetismus beobachtet haben, die sich in periodischen minimalen Schwankungen der Magnetnadel bemerklich mache.

Was nun des Verf. Ansichten über den gesetzmässigen Verlauf der periodischen Geistesstörungen etc. und seine Abhängigkeit von dem Monde betrifft, so lassen sich dieselben in folgenden Hauptpunkten zusammenfassen:

1. Die Periodicität tritt zu allen Formen des Irreseins.

2. Die Epilepsie in ihren einzelnen Anfällen, sowie ihre Variationen in verschiedenen Formen von Alienation, befolgen dieselben Gesetze der Periodicität wie das gewöhnliche Irresein.

3. Die Periodicität des Irreseins und der bezüglichen Neurosen befolgt ein bestimmtes Gesetz. Die Perioden bilden sich nach Zeiträumen aus, die entweder selbst oder deren Combinationen durch die Zahl *sieben theilbar sind.*

4. Die durch 7 theilbaren Zahlen werden anomalistische genannt, weil sie mit der Zahl der Dauer des sogenannten anomalistischen Umlaufs des Mondes um die Erde ausmessbar sind, in welchem der Mond sich einmal der Erde am meisten nähert (Perigaeum), und einmal am meisten entfernt (Apogaeum), und welche Dauer im Durchschnitt 28 oder 4×7 Tage beträgt.

5. Dafür, dass dieser Umlauf des Mondes *wahrscheinlich* hier massgebend ist (der Verf. drückt sich wohl unbewusst noch vorsichtiger aus: „wahrscheinlich zu sein scheint“), spricht nicht nur der ad 3 genannte Umstand, sondern auch der, dass die Mehrzahl der Beginne und Ausgänge der Perioden sich in der Nähe des Perigaeum oder Apogaeum oder doch an solchen bestimmten Tagen ausbildet, an welchen der Mond eine gleiche oder nahezu eine gleiche Entfernung von der Erde, sei es vor oder nach Perigaeum oder Apogaeum, hat.

6. Von untergeordneterem Einfluss auf die Periodicität des Irreseins etc. ist wahrscheinlich der Stand der Sonne zur Erde.

7. Psychische Affekte, somatische Störungen, Art der Behandlung, u. s. w. können höchstens modificirend auf das Hauptgesetz (ad 3) einwirken.

Da es dem Verf. natürlich nicht einfallen konnte, sich den hypothetischen Einfluss des Mondes auf die Entstehung und den Verlauf der Periodicität der Psychosen durch dieselbe Kraft zu erklären, mittelst deren die Fluthwelle zu Stande kommt (also durch Attraktion), so war es ihm sehr erwünscht, dass italienische Irrenärzte wie Lombroso, Ponza und Solvietti einen Isochronismus zwischen den plötzlichen Erregungen der Geisteskranken und den Störungen des Erdmagnetismus gefunden haben wollen. So bot sich ihm doch ein Bindeglied dar zur Erklärung der von ihm gefundenen, angeblich gesetzmässigen, Beziehungen zwischen dem Mondumlauf und der Periodicität des Irreseins. Dass dies freilich weiter nichts bedeutet, als ein Unbekanntes durch ein zweites Unbekannte mundgerechter zu machen, scheint der Verfasser selbst heraus gefühlt zu haben, da er nur ganz kurz hierbei verweilt und uns für die Beweisführung bezüglich dieser Abhängigkeit von den Schwankungen des Erdmagnetismus einen Wechsel auf unbestimmte Zeit ausstellt. Auch hütet er sich wohl, das Gebäude der Hypothesen mit dem Schlussstein zu krönen und uns diesen Einfluss des Magnetismus auf die Nervensubstanz auseinander zu setzen — worauf doch schliesslich Alles hinauslaufen müsste, — da wir über das Wesen und Wirken des Erdmagnetismus auf die organische Welt bislang so gut wie Nichts wissen.

So weit hätte der Verfasser demnach ganz korrekt gehandelt, wenn wir uns auch in der Hauptsache nicht mit ihm einverstanden erklären können; es fragt sich nun aber, ob seine dem ganzen Gebäude zu Grunde liegende Behauptung (siehe ad 3 und 5) auch hinreichend bewiesen ist.

Nach unserer Ansicht ist dies nicht der Fall.

Dies ergiebt sich zunächst aus seiner Beweisführung selbst, sodann aus allgemeinen Betrachtungen.

Zum Beweise unsrer ersten Gegenbehauptung müssen wir kurz bei der Art und Weise verweilen, in welcher der Verfasser seine einzelnen Beobachtungen rubricirt hat. Zunächst behandelt er das Capitel des sogenannten einfachen Irreseins, dann geht er über auf das circuläre und periodische Irresein, hierauf folgen Beobachtungen über den Ablauf der chronischen psychischen Schwächezustände (inclusive der Paralyse) mit intercurrenten Erregungszuständen (unter letzteren ist überall auch die Melancholie verstanden), und zum Schluss werden auch der Epilepsie mit ihren Krampfanfällen und sonstigen Exacerbationen mehrere Seiten gewidmet. Die Tabellen, in welchen er seine zahlreichen Einzelbeobachtungen über alle diese Formen des Irreseins untergebracht hat, sind ganz übersichtlich und anschaulich angelegt, so dass Jeder, der sich die Mühe geben will, bequem in denselben lesen und die Schlussfolgerungen des Verfassers controlliren kann. Das Grundschema ist folgendes. Zur Linken ist eine Colonne für die Daten, von wann bis wann der Erregungszustand oder die Remission,

Intermission resp. intervallum lucidum gedauert haben; dann folgt eine Colonne zur Angabe der Umlaufszeit des Mondes für die bezüglichen Daten, und zwar ist in vielen Tabellen der Anfangs- und Endtag sowohl in seinem Verhältniss zum Perigaeum als zum Apogaeum bestimmt. Zu diesem Behufe ist die Zahl der Tage vor Erreichung einer dieser Phasen vor dem betreffenden Anfangsbuchstaben, die Zahl nach Erreichung derselben nach demselben vermerkt, wobei dann eine einfache Berechnung ergibt, dass bei einer 14tägigen mittleren Umlaufszeit von P zu A oder umgekehrt z. B. P7 = 7A ist, u. s. w. Die nächste Colonne umfasst die Anzahl der Tage des Erregungsstadiums, die folgende die Zahl der Tage der Remission, Intermission etc., sodann kommt eine Rubrik (resp. zwei) für Zusammenstellungen und Berechnungen aus den beiden zuletzt erwähnten Rubriken, und schliesslich eine Colonne für die übereinstimmenden oder zunächstliegenden anomalistischen (d. h. vielfache von 7) Zahlen zum Vergleich mit den gegenüberstehenden Zahlen in den beiden vorletzten Colonnen. Für die epileptischen Fälle ist das Schema nicht ganz ebenso, da ja hier nur die Zahl der Tage der Interwalle und der Tag des Anfalls notirt zu werden brauchten. Auch sonst finden sich hier und da Abweichungen vom obigen Schema, wenn Verfasser nebenbei noch andere Studien machen wollte, so z. B. über seine sogenannte „Wellenbewegung" der periodischen Psychosen, auf die wir weiter unten noch zurückkommen.

Sehen wir nun einmal zu, in welcher Weise der Verfasser seine Zahlen gedeutet hat, so fällt uns zunächst auf, dass seine Behauptung, die meisten Beginne oder Ausgänge der Perioden bildeten sich in der Nähe des Perigaeum oder Apogaeum oder doch an solchen bestimmten Tagen aus, an welchen der Mond eine gleiche oder nahezu gleiche Entfernung von der Erde, sei es vor sei es nach P oder A, hat, nach einem aufmerksamen Blick auf die Tabellen ebenso häufig widerlegt wird, als sie eintrifft. Wir verweisen zu diesem Behufe blos auf Seite 20 Fall 9; Seite 23 Fall 10; Seite 48 Tabelle II; Seite 105 Tabelle II, wo es keine Zahl von 1—7 ante oder post P oder A gibt, die nicht mehrmals in der betreffenden Colonne vertreten wäre. Dabei setzen wir voraus, dass die Behauptung des Verfassers in Bezug auf dieses angebliche Gesetz sich immer nur auf den jeweiligen Einzelfall beziehen soll. Hat er dieselbe generell gemeint, so wird sie erst recht hinfällig, da ein Vergleich der betreffenden Rubriken in allen seinen Tabellen lehrt, dass von den 28 Tagen des Mondumlaufs jeder einzelne fast gleich oft vertreten ist.

Fast ebenso schlimm steht es aber mit dem Gesetz von dem anomalistischen Verlauf der Perioden, aus welchem er vorzugsweise die Beziehung zum Mondumlauf hat herleiten wollen. Nehmen wir zuerst die einfachen Zahlen für die Dauer der Erregung oder der Ruhe. Da begegnen wir in jeder Tabelle einer ganzen Reihe von Zahlen, in welchen die Zahl 7 nicht oder nur annähernd aufgeht. In dieser Hinsicht betrachte man nur die Tabellen auf Seite 105, 111 und 114, die wir aus vielen herausgegriffen haben. Da ist es denn lehrreich, wie der Verfasser sich zu helfen weis. Einmal misst er derartigen

Mängeln im Ganzen keine grosse Bedeutung bei, da auch die Umlaufszeit des Mondes nicht immer durch 7 theilbar sei, sondern zwischen 27 und 29 Tagen schwanke; sodann lasse es sich mit dem besten Willen nicht immer ganz genau feststellen, wann der erste Beginn oder der letzte Rest der Erregung vorhanden gewesen sei, ob einen Tag früher oder später. Die erste Entschuldigung lässt sich hören, die zweite ist sehr gefährlich; denn mit demselben Recht kann der Zweifler auch fragen, ob nicht viele Zahlen, die hier anomalistisch sind, je nach der Auffassung verschiedener Beobachter von Erregung und Ruhe vielleicht anders ausgefallen wären. An vielen Stellen hat aber der Verfasser ein eigenthümliches Verfahren angewandt, bis er anomalistische Zahlen erhielt. Dasselbe beruht im Ganzen auf dem Princip der Combinationen. Wenn die einzelnen Zahlen der Perioden nicht an und für sich anomalistische sind, addirt er 2, 3 oder mehrere untereinanderstehende oder auch gleich die ganze Columne und erhält dann eine total oder doch annähernd anomalistische Zahl. Oder er addirt eine Erregungsperiode zu der nächstvoraufgegangenen oder nächstfolgenden Ruheperiode (lucid. intervallum); wo das noch nicht ausreicht, den anomalistischen Charakter nach zu weisen, addirt oder subtrahirt er zwei dergestalt erhaltene aufeinanderfolgende Zahlen zu oder von einander, kurz er wendet oft die mannigfaltigsten Rechenkünste an, bis er anomalistische oder doch ganz annähernd anomalistische Zahlen erhält. Als Beispiel für die Anwendung derartiger Operationen brauchen wir nur auf S. 93 zu verweisen. Wir wollen sogar zugeben, dass das erstere die Regel bildet, trotzdem können wir darin keinen zwingenden Beweis für die Richtigkeit seiner Behauptung erblicken; denn er hat wohl nicht bedacht, dass mit der Zahl der vorgenommenen Combinationen, Additionen etc. auch die Wahrscheinlichkeit wächst durch 7 theilbare Zahlen zu erhalten. Je mehr derartige Zahlenoperationen eben erforderlich waren, desto mehr ververlieren die erhaltenen anomalistischen Zahlen in unseren Augen an Werth, und die Zahl 7 bekommt einen immer mystischeren Beigeschmack. So lange der Verfasser uns nicht einen einzigen Fall mit reinem 7 tägigem Typus zeigen kann, bei welchem also Erregung und lucidum intervallum alle 7 Tage mit einander abwechseln, oder zwei aufeinanderfolgende Stadien derselben zusammengenommen jedesmal eine 7tägige Dauer aufweisen, oder der epileptische Anfall genau jeden 7. Tag einsetzt, so lange können wir nicht an die Richtigkeit seiner Erklärung glauben. Denn unter einer grossen Reihe von Zahlen viele zu finden, die genau Vielfache von 7 sind, oder die es doch annähernd sind, das ist gar nicht so merkwürdig, als es von vorneherein aussieht, da sich alle Zahlen um so wahrscheinlicher glatt (d. h. ohne Bruchtheile) theilen lassen, je kleiner der Divisor ist. Wer sich der Mühe unterziehen will, in dieser oder jener Colonne die Zahlen der Reihe nach durch einen kleineren Divisor als 7 zu theilen, der wird finden, dass derselbe wohl nicht viel seltener im Divident aufgeht als die Zahl 7, der Divisor 2 möchte darin die letztere sogar übertreffen.

Wir kommen jetzt auf die allgemeinen Betrachtungen, welche sich als Gegenbeweise der Behauptungen des Verfassers ins Treffen

führen lassen, und da müssen wir denn zunächst einmal fragen, was in aller Welt den Verfasser überhaupt bewogen hat, der Zahl 7 diese grosse Wichtigkeit bei zu messen und dieselbe allen seinen Berechnungen zu Grunde zu legen? Drängte sie sich ganz von selbst dem Beobachter auf, oder trug er sie aus einer anderen Ideenverbindung in seine Beobachtungen und Berechnungen hinein? Wir glauben das Letztere und stützen unsere Ansicht auf eine ganz am Schlusse der Arbeit stehende, wenig in die Augen springende, gelegentliche Bemerkung des Verfassers, da wir eine direkte Exposition und logische Beweisführung für die zwingende Nothwendigkeit dieser Massregel nirgends finden. Diese Bemerkung lautet aber: „das kosmische Gesetz prägt sich ferner ab in unserer bürgerlichen Zeiteintheilung die auch die 7tägige Periode zur Grundlage hat.“ Nun ist aber erstens noch gar nicht so ausgemacht, dass die uralte 7tägige Woche ihren Grund in den ungefähr nach je 7 Tagen aufeinanderfolgenden Mondphasen hat, sondern sie wird von Manchen auf die 7 Planeten zurückgeführt, sodann ist ihre Aufstellung in jedem Falle doch eine rein willkürliche, mit irgend einem zwingenden Gesetz ganz ausser Zusammenhang stehende, und ist z. B. in dem Kalender der ersten französischen Revolution durch die Dekaden ersetzt worden. Sie hat somit nur die Bedeutung, aus dem gleichmässig dahinrollenden Einerlei der Tage, die als gesetzmässige Einheiten zu betrachten sind und stets als solche angesehen wurden, durch in gleichen Abständen erfolgende Cäsuren eine bessere Uebersicht und bequemere Handhabung des Zeitmasses zu bekommen. Diese Eintheilung besitzt demnach genau denselben Werth wie diejenige einer Thermometerscala, die man auch beliebig vornehmen kann. Gerade so wenig aber wie man bei der Anwendung des Thermometers auf eine innere, gesetzmässige Abhängigkeit oder Beziehung zweier oder mehrerer erhaltener Werthe zu einander schliessen wird, weil sie z. B. durch die Zahl 5 theilbar sind, sondern das Gesetzmässige nur in der Gegenüberstellung der an der absoluten Einheit gemessenen Werthe zu erkennen vermag, so ist es auch mit der Ergründung der Periodicität, d. h. der Dauer der Erregungs- und Ruhestadien und ihrer Beziehungen zu einander. Dort handelt es sich um die Schwankungen thermischer, hier um die Schwankungen psychischer, resp. psychomotorischer Vorgänge, die beide nicht selten der gemeinsame Ausdruck eines und desselben organischen Processes sind.

Diese Betrachtung führt ganz von selbst wieder auf das Eintheilungsprinzip Kirn's zurück, von welchem der Verfasser, wie er sagt, anfänglich auch ausgegangen ist, welches er aber auf der Jagd nach seiner „anomalistischen“ Zahl leider aus dem Auge verloren hat. Ehe wir auf dasselbe näher eingehen und unseren Standpunkt in der ganzen Frage nochmals präcisiren, möchten wir jedoch dem Verfasser zuvor noch zwei Fragen vorlegen. Nämlich, ob er bei seiner Ansicht von dem Einfluss des Mondes überhaupt auch daran gedacht hat, dass, gemäss der Theorie von dem wachsenden Einfluss desselben bei grösserer Annäherung an die Erde, sich wenigstens bei einem und demselben Individuum doch ein Unterschied in der Einwirkung des Mondes

geltend machen müsste, je nachdem derselbe, mehr im Perigaeum oder Apogaeum steht? Dass also mit anderen Worten beispielsweise die Erregungsstadien nur um die Zeit des Perigaeum, die Ruhestadien (Intervalle) nur um die Zeit des Apogaeum eintreten dürften? Bei anderen Individuen könnte es ja umgekehrt sein, obschon auch dies gerade nicht für einen sehr bedeutenden und gleichlautenden Einfluss des Mondes sprechen würde. Allein von allem dem findet sich, wie wir schon bei Besprechung der Tabellen hervorhoben, keine Spur. Vielmehr tritt bei einem und demselben Individuum nicht selten das einemal um die Zeit des Perigaeum, das andremal um die des Apogaeum beispielsweise ein Erregungsstadium ein. Schon dies allein scheint uns dafür zu sprechen, dass hier doch ganz andere Einflüsse massgebend sind. Sodann bliebe noch zu erörteren, woher es kommt, dass der Verfasser, der doch auf die Annäherung des Mondes im Perigaeum um circa 7000 Meilen einiges Gewicht legt, jener durch die Umdrehung der Erde um ihre Achse erfolgenden täglich wechselnden Entfernung eines jeden Punktes der Erdoberfläche von dem Mond, die um 1720 Meilen — also circa $^1/_4$ der obigen Zahl — differiren kann, gar nicht gedacht hat. Mussten nach seiner Ansicht dadurch nicht auch Schwankungen, und zwar tägliche, wenn auch nicht von gleich grossem Umfang wie innerhalb der 4 $\times$ so grossen Entfernungsdifferenz zwischen P und A entstehen, und hat er solche überhaupt beobachtet? In seiner Arbeit haben wir uns nach dieser Beziehung des Mondes zur Erde, sowie nach einer Erwähnung derartiger Tagesschwankungen vergebens umgesehen.

Um nun auf die der Kirn'schen Eintheilung der periodischen Geistesstörungen zu Grunde liegenden Anschauungen zurück zu kommen, so acceptiren wir dieselben schon um desswillen viel eher, weil sie nichts Gekünsteltes an sich haben. Wenn er freilich aus der Verschiedenheit der Dauer der Anfälle bestimmte, gesetzmässige Unterscheidungsmerkmale für die verschiedenen hergebrachten Begriffsbestimmungen der Psychosen hat erblicken wollen, so irrte er darin ebenso sehr, wie der Verfasser dieser Arbeit Recht daran gethan hat, dass er das alte Eintheilungsprincip bei seinen Untersuchungen ganz bei Seite setzte, indem er „gestützt auf die bekannte Tathsache, dass bei allen Formen des Irreseins Schwankungen — Remissionen und Exacerbationen — vorkommen, eine allmäliche Entwicklung der Formen nachzuweisen sucht, einerseits aus der Form des gewöhnlichen Irrseins in die Form des periodischen, dann aber auch der verschiedenen periodischen Formen unter einander.“ In diesen Worten des Verfassers hat er unserer Ansicht nach, seinen Schlussresultaten bezüglich des angeblichen Einflusses des Mondes, auf die er am Ende das Hauptgewicht legt, allen Boden entzogen. Denn Nichts ist beweisender dafür, dass die Vorgänge in der organischen Natur und besonders im menschlichen Körper doch nicht so ganz unwandelbar unter der Herrschaft der Gesetze der Himmelskörper stehen, und dass es „hier unter dem Wechsel des Mond's“ innerhalb dieser kosmischen Gesetze auch noch andere Gesetze von höchster Bedeutung für die Processe im lebenden Körper gibt, — als gerade diese Ent-

wicklung der Formen aus- und ineinander. Auch wir sind theoretisch überzeugt, dass jedes Wesen auf Erden unter dem Einfluss der Himmelskörper steht, doch kann derselbe, wo er überhaupt bisher nachgewiesen ist, immer nur auf die Erde, als Ganzes betrachtet, gerichtet sein und ist mit Bezug auf das Einzelwesen, gegenüber den direkten organischen Gesetzen so weit hergeholt, indirekt und unbedeutend, dass er praktisch nicht in Frage kommt, der wissenschaftlichen Beobachtung gegenüber aber so unendlich klein, dass er nicht nachgewiesen und gemessen werden kann.

Hinsichtlich der Periodicität des Irreseins suchen wir den letzten Grund in der Eigenschaft des Nervensystems auf äussere und innere Reize so lange zu reagiren, bis vermöge der dadurch bedingten veränderten Ernährungsverhältnisse der Nervensubstanz diese Fähigkeit, je nach dem Grade dieser Veränderung, auf kürzere oder längere Zeit theilweise oder ganz verloren geht, um dann in dieser Zeit durch allmäliche Rückkehr zu den früheren Ernährungsverhältnissen des Nervensystems zum Theil oder vollständig wiedergewonnen zu werden. Als Paradigma innerhalb physiologischer Verhältnisse sind der wache Zustand und der Schlaf zu bezeichnen. Das Gesetzmässige in dem Verlauf des periodischen Irreseins besteht somit für uns darin, dass caeteris paribus auf starke Reize starke Erregungen und tiefe Ermüdungen folgen, und umgekehrt; dass also auch im Allgemeinen auf ein langes Erregungsstadium ein langes Ermüdungsstadium (Intervall) folgt und dergl. mehr. Für alle diese Verhältnisse finden sich in den Tabellen des Verfassers vielerorts Beläge, — so z. B. S. 17, 77, 93 und 125, — für welche man dem Verfasser dankbar sein muss. Es findet sich auch in seiner Arbeit die Bestätigung, dass die periodischen Zustände der gewöhnlichen Psychosen sich anders verhalten als die der primären und secundären Schwächezustände, was auf eine verschiedene (angeborene oder erworbene) Reizempfänglichkeit schliessen lässt. Es erhellt aus seinen Beobachtungen ferner sehr hübsch der prognostisch wichtige Satz, dass das Längerwerden der Intervalle und Kürzerwerden der Erregungsstadien ein günstiges Zeichen ist. Auch der Nachweis und die graphische Darstellung zusammengehöriger grösserer und kleinerer Complexe entgegengesetzter Stadien in Wellenform halten wir für eine dankenswerthe Errungenschaft der Arbeit. Kurz es gibt keinen Punkt des periodischen Irreseins, den der Verfasser nicht mit grossem Fleisse beobachtet und sachgemäss erörtert hat.

Wenn wir uns somit auch mit dem Hauptresultat der Arbeit nicht einverstanden erklären können, so müssen wir doch die Arbeit als solche und in vielen Einzelheiten lobend erwähnen und rufen dem Verfasser zum Schlusse zu: In magnis voluisse satis est.

Reinhard (Hamburg).

---

637) **F. S. Clouston:** Alternation, Periodicity and Relapse in mental diseases. (Periodicität und Rückfälle bei Geisteskrankheiten.) (Edinb. med. Journ. Juli 1882.)

Verf. behandelt vorzugsweise das circuläre Irresein. Nach Mittheilung von 7 einschlägigen Fällen bespricht er des näheren die Sympto-

matologie desselben je nach den verschiedenen Stadien der Krankheit; dem der Exaltation und Depression. Verf. sah während der Exaltation das Körpergewicht immer abnehmen, konnte dagegen während der Depression oft eine bedeutende Zunahme constatiren. Die Temperatur ist nach ihm im erstern Stad. immer über der Norm, im letztern unterhalb derselben u. s. f. Verf. gibt eine zutreffende Schilderung der beiden Stadien, doch können nach Ref. Erfahrungen manche Behauptungen, besonders über die körperlichen Erscheinungen (Puls, Schlaf) nicht mit der ausschliesslichen Bestimmtheit aufgestellt werden, als Verf. es gethan.

Die Dauer der einzelnen Stadien war etwa in der Hälfte der Fälle eine monatliche; ging bei einem Drittel mit der Jahreszeit, und war bei einem Sechstel eine unregelmässige. In 90 Procent begann die Krankheit mit dem maniacalischen Stadium. Das Alter der Erkrankung war ganz verschieden; Verf. beobachtete sogar einmal noch im 74. Lebensjahre den Ausbruch der Krankheit. In der Regel währte dieselbe bis zum Tode; jedoch beobachtete bei 5 Patienten Aufhören der Anfälle mit den 60er Jahren.

Bezüglich der Theorie der Erkrankung spricht Verf. sich dahin aus, dass man es mit einer Steigerung oder Verkehrung der physiologischen Periodicität des Hirnlebens zu thun habe. Es fällt ihm auch auf, dass nur Gebildete und in der Regel Glieder alter Familien die ausgeprägten Fälle der circul. Psychose lieferten, und führt ihn zu der Ansicht, dass der krankhafte Wechsel in der Hirnthätigkeit eine Form der Unstätigkeit des Gehirns sei, wie dieselbe durch zu starkes „blaues Blut“ erzeugt werde.

Die Behandlung betreffend glaubt Verf. mit der Anwendung des Bromkali in Verbindung mit Tinctura Cannabis ind. günstige Wirkung erzielt zu haben.

Die Krankheit beruht auf functioneller Hirnstörung, bietet daher keinen specifischen pathologisch-anatomischen Befund.

Karrer (Erlangen).

---

638) **R. S. Dewey** (Illinois): Differentiation in Institutions for the Insane. (Ueber verschiedenartige Anstalten für Geisteskranke in Amerika.) (American Journal of Insanity Juli 1882.)

Verf. ist der Ansicht, dass gegenüber der stetigen Zunahme der Geisteskrankheiten und den damit verbundenen Schwierigkeiten in der Irrenversorgung verschiedenartige Massregeln von Seite des Staates, resp. der einzelnen Freistaaten, ergriffen werden müssten. Vor allem sei es nothwendig, damit die bestehenden Irrenanstalten ihrem eigentlichen Zwecke möglichst genügen könnten, aus denselben drei Klassen von Irren zu entfernen, welche ganz besondere Schwierigkeiten, Gefahren und Unzukömmlichkeiten verursachten. Es sind dies die *epileptischen*, die *verbrecherischen* und *trunksüchtigen Irren*. Für jede dieser Klassen müssten eigene Anstalten errichtet werden.

Verf. hat auf 39 Anfragen von 20 Anstalten Angaben über die Zahl der Epileptiker in denselben erhalten. Unter 10288 Insas-

sen der Anstalten befanden sich 646 epileptische oder je 1 Epil. auf 58 Kranke in jedem Asyl mit der durchschnittlichen Belegsziffer von 314; auf je 1000 Anstaltskranke treffen 64 Epileptische. Wenn man nun, was wohl begründet sein dürfte, annimmt, dass eine noch grössere Anzahl Epil. ausserhalb der Anstalten sich befindet, so hätte jeder Staat genug Epileptiker, um eine eigene Anstalt für dieselben zu gründen. Dieselbe müsste dann etwas anders eingerichtet werden, als die gewöhnlichen Hospitäler und Anstalten; namentlich würde es sich empfehlen, die Zahl der Einzelzimmer möglichst zu beschränken, dafür gemeinsame Schlafsäle mit nächtlicher Ueberwachung einzurichten. In diese Anstalten sollten nach Verf. alle bekannt werdenden Fälle von Geistesstörung bei Epilepsie kommen, wodurch jedenfalls eine Menge Unglücksfälle und Mordthaten, die durch solche Kranke verübt werden, verhindert würden.

Dem Einwurf bezüglich der Zusammenhäufung der Epileptiker begegnet er damit, dass einmal nicht in Frage komme, was angenehm, sondern was nöthig sei; zum andern, dass die Epileptiker erfahrungsgemäss gern zusammen lebten, und dass drittens die geisteskranken Epileptiker in der Regel doch unheilbar seien.

Wenn in einem Staate nicht genug Epil. seien für eine eigene Anstalt, so müsste wenigstens ein bestimmtes Gebäude als Annex einer Anstalt für sie eingerichtet werden. Bezüglich der geisteskranken Verbrecher herrscht nach Verf. unter den Irrenärzten Amerikas nur eine Meinung, und zwar gegen die Unterbringung derselben in den gewöhnlichen Anstalten. Von den erwähnten 20 Anstalten nehmen 4 keine geisteskranken Verbrecher auf, in den übrigen trafen auf je 1000 Kranke über 13 Gefangene. Verf. ist der Meinung, dass unter den Gefangenen Geisteskrankheit 16 mal häufiger vorkomme als unter der Bevölkerung im Allgemeinen. Er rechnet für diese allerdings nur 2 Kranke auf 1000 Einwohner. In die eigenen Anstalten für geisteskranke Verbrecher sollten nach Verf.'s Meinung auch die meisten verbrecherischen Irren verbracht werden, ganz bestimmt aber diejenigen, welche schon einen Mord oder ein schweres Verbrechen begangen haben und noch Neigung zu verbrecherischen Handlungen zeigen. Dieselben könnten keine solche freie Behandlung geniesen, als gewöhnliche Kranke.

Auch die trunksüchtigen Irren, d. h. diejenigen, deren Geistesstörung durch Trunksucht verursacht ist, sollten in besonderen Anstalten untergebracht werden. In 14 Irrenanstalten befanden sich je 54 solcher Kranken auf 1000.

Sind die Anstalten durch Entfernung dieser drei Klassen von Kranken entlastet, so können dann weitere Versuche gemacht werden besonders in der verschiedenartigen Verpflegung der acuten und chronischen Kranken. Für letztere könnte man im allgemeinen einfachere und billigere Häuser bauen, ohne besondere Einrichtungen, möglichst ähnlich den gewöhnlichen Wohnhäusern. Verf. hat im Anschluss an die geschlossene Anstalt, deren Director er ist, bis jetzt drei detachirte Gebäude errichten lassen für 106 männliche Patienten. In denselben be-

finden sich gemeinschaftliche Schlafräume, ein gemeinsames Esszimmer; nur drei Räume, ein Einzelzimmer, ein Aufenthaltsraum und ein Schlafzimmer zu 7 Betten, haben vergitterte Fenster. Die Heizung wird durch eine Dampfleitung aus der 400′ entfernten Centralheizanlage besorgt, das Essen aus der Hauptküche in zweirädrigen Wagen gebracht. Den Kranken ist völlig freier Verkehr gestattet, den meisten gegen Ehrenwort; 70 Procent sind in der Regel beschäftigt. Die Gebäude sind seit $1^1/_2$ Jahren belegt. Verf. ist sehr zufrieden mit dem bisherigen Erfolge; die Kranken pflogen eine sehr gute Aufführung. Es fand eine genaue Auswahl der Kranken statt; auf je 10 Pat. traf ein Wärter. Entweichungen kamen im Ganzen 36 vor, darunter 29 von den „auf Ehrenwort" Verkehrenden. Vier von diesen Entwichenen blieben verschollen, die übrigen kamen entweder zurück, 9 davon freiwillig; oder sie wurden von den Verwandten behalten.

Karrer (Erlangen).

II. Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom 13. November 1882.) Originalbericht.

639) Herr **Bernhardt** sprach in seinem Vortrage *„zur Pathologie der Tabes"* über drei von ihm beobachtete Fälle von plötzlich auftretenden und ebenso rasch verschwindenden apoplectiformen Anfällen bei Tabikern. Im ersten handelte es sich um einen 47 jährigen, seit Jahren an Tabes leidenden Mann, dem eines Tages der rechte Arm plötzlich herhabfiel; zugleich verlor Pat. die Sprache. Der Anfall dauerte etwa 10 Minuten und verschwand ohne Folgen zu hinterlassen. Eine Woche später wiederholte sich der Anfall, betraf aber diesmal die ganze rechte Seite. An einem Tage traten 22 mal dieselben kurzen Anfälle auf, die später die Dauer von zwei Stunden erreichten, von heftigen Schmerzen in den Beinen gefolgt waren und eine leichte Schwäche im linken Arme zurückliessen. Lues und Herzerkrankung waren ausgeschlossen. Der weitere Verlauf war der Beobachtung entzogen.

Der zweite Fall betraf einen 44 jährigen Beamten, der unzweifelhafte Zeichen beginnender Tabes darbot und bereits vor 5 Jahren über Schmerz in der rechten Gesichtshälfte, namentlich im r. Orbitalgebiete klagte. Vor $3^1/_2$ Jahren verlor der Pat., als er eine Meldung machen wollte, plötzlich für eine Stunde die Sprache bei erhaltenem Bewusstsein. Am nächsten Tage dreiviertelstündige Sprach- und Bewusstlosigkeit. Am folgenden Tage konnte Pat. schlecht sprechen. Aehnliche Anfälle wiederholten sich noch mehrere Male in der Folge und sind bis jetzt nicht wieder aufgetreten.

Ein dritter, an vorgeschrittener Tabes leidender Mann hat mehrere apoplectiforme Insulte gehabt, die nur leichte Schwäche links zurückliessen und später nicht wieder zurückkehrten. Auch in diesen beiden Fällen bestand keine Lues und keine Herzerkrankung.

Von diesen Anfällen bei Tabikern hat Vortr. in der deutschen Literatur nichts erwähnt gefunden, wohl aber haben französische Au-

toren, u. A. Trousseau und Vulpian über diese „transitorischen Hemiplegien“ geschrieben, deren Character eine pathologisch-anatomische Veränderung im Gehirne als Ursache ausschliesse.

In der Diskussion erwähnte Herr Mendel, dass in den Lehrbüchern von Leyden und Erb das Vorkommen derartiger Anfälle besprochen sei und Herr Wernicke, dass eine anatomische Veränderung trotz des transitorischen Characters recht wohl bestehen könne, dass die Affection mit der Tabes nichts zu thun habe, eine accidentelle Erkrankung sei.

640) Herr **Smidt** sprach *„Ueber Geistesstörung nach Jodoformvergiftung“*. Eine nicht belastete 67jährige Frau hatte wegen eines Fussgeschwüres innerhalb mehrerer Wochen 100 gr. Jodoform gebraucht. Sie wurde vergesslich, klagte über Kopfschmerz, Zittern etc. Es stellten sich Gehörstäuschungen ein, Aufregung, melancholische Verstimmung, Gefühls- und Gesichtshallucinationen. Bei der Aufnahme zeigte sie Theilnahmlosigkeit, Amnesie für die jüngste Zeit, nächtliche Unruhe, Personenverkennung, mannigfaltige Hallucinationen und erheblichen Schwachsinn. Das Intressante des Falles liegt in dem chronischen Verlaufe nach chronischer Intoxication gegenüber den bisher bekannten schnell verlaufenden und entweder mit dem Tode oder *völliger* Genesung endenden Fällen. Die absolute Heilung bezweifelt übrigens Vortr. Das Jodoform lasse sich in seiner Wirkung mit dem Alkohol am besten vergleichen, eine Ansicht, für die Herr Hirschberg in der Diskussion einen weiteren Beleg durch die Erwähnung einer von ihm beobachteten Jodoformamblyopie liefert, die sich von einer Alkoholamblyopie in nichts unterschied. Matusch (Dalldorf).

II. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Sitzung vom 8. Nov. 1882.) Originalbericht.

641) Im Anschluss an einen in der vorigen Sitzung von Dr. Jacusiel vorgetragenen Fall von *Encephalitis interstitialis* bei einem wenige Monate alten Kinde, welches zu Grunde ging, nachdem im Laufe der Krankheit sich eine doppelseitige Keratitis in beiden unteren Hornhautabschnitten eingestellt hatte, entwickelte sich im Laufe der heutigen Sitzung eine lebhafte Diskussion über die Frage, ob diese schon früher von v. Gräfe und anderen beobachtete Hornhautverschwärung mit dem Hirnleiden in einen direkten Zusammenhang zu bringen sei, eine Frage welche von Herrn J. in bejahendem Sinne beantwortet wurde. Dem gegenüber betonte zunächst Herr Hirschberg, einen solchen Zusammenhang zwischen Encephalitis und Hornhautverschwärung *nicht* anerkennend, dass solche Hornhautleiden des öfteren bei Kindern zur Beobachtung kämen, welche nach grossen Säfteverlusten (Brechdurchfällen, vorwiegend zur Sommerzeit) marastisch und wohl auch ohne die nöthige Pflege mit halbgeöffneten Lidern dalägen. Man habe Sorge zu tragen, dass die Vertrocknung der Hornhaut durch einige Male am Tage zu applicirende Chamillenumschläge, sowie durch einen einfachen Occlusivverband verhindert würde; es liesse sich so die Sehfunktion zum Theil erhalten und geschähe es auch, dass bei gehöriger Pflege

die Kinder sich wieder erholten. Herr Jastrowitz betont, dass er trotz der widersprechenden Meinung einer Autorität wie Virchow an seiner schon vor Jahren ausgesprochenen und seither mehrfach durch neue Untersuchungen bestätigten Ansicht festhalte, dass das Vorkommen einer sogenannten Encephalitis bei Neugeborenen und ganz jungen Kindern nicht erwiesen sei, und dass man in den vermehrten Kernen und in den Körnchenzellen keine pathologischen Produkte zu sehen habe, sondern Reste resp. Material zum Aufbau der auch nach der Geburt sich noch fortsetzenden Entwicklung und Ausbildung der centralen Markmassen. Die von Herrn Jacusiel vorgelegten Präparate kann er als pathologische, als für eine encephalitis interstitialis beweisend *nicht* anerkennen. Auch Herr Henoch ist nicht in der Lage, einen direkten Zusammenhang zwischen der Hornhautverschwärung und einer Hirnentzündung anzunehmen. Er sah diese Affektion des Auges, wie schon Herr Hirschberg betont habe, bei marantischen, durch grossen Säfteverlust heruntergekommenen Kindern nach Brechdurchfall, aber auch nach anderen Krankheiten; ja auch bei älteren Individuen käme das Leiden vor und könne sich eventuell ungemein schnell einstellen und eine bedeutende Höhe erreichen (so z. B. bei Typhus, bei meningitis tuberculosa basilaris). Herr Schöler möchte den Ausdruck der neuroparalytischen Keratitis überhaupt verwerfen und dafür den der Xerosis (Austrocknung) vorschlagen, eine Austrocknung, die eben bei heruntergekommenen mit halb offenen Augen daliegenden Individuen vorkomme und zumeist an der Bindehaut beginne. Nie habe man übrigens, worin er mit Herrn Hirschberg übereinstimme, eine Affektion auch nur eines Trigeminus (die Affektion ist stets doppelseitig) oder gangl. Gasseri gefunden. Die Auslassungen der Herren Friedländer und Mendel betreffen zumeist die pathologisch-anatomische Seite der Frage. bezw. den Werth der vorgelegten Präparate in Bezug auf die Frage, ob Entzündung ob überhaupt Pathologisches vorliege, was Herr Mendel eher bejaht, während es Herr F. zweifelhaft sein lässt.

Herr R. Baginsky erwähnt, dass von den zahlreichen zu Hirnversuchen von Herrn H. Munck benutzten Hunden, welche eine offenbare Encephalitis hatten, einige Verschwärungen der Hornhaut erlitten, immer aber nur solche Individuen, die, anderweitig krank und geschwächt weniger gut im Stande waren, die mannigfachen, das Auge bedrohenden Schädlichkeiten zu entfernen, als die von Hause aus kräftigeren Individuen. Der vorgerückten Zeit wegen hat Herr Jacusiel das Wort zur Beantwortung der vielfachen Angriffe gegen seine Behauptung nicht ergreifen können. Bernhardt (Berlin).

III. Société de Chirurgie zu Paris.

(Sitzung vom 11. Octbr 1882.) (Le Progrès méd. Nro. 41.)

642) *Chloral gegen Tetanus.* **Nicaise** berichtet von einem 37jährigen Manne, dem am 31. August d. J. die grosse Zehe des linken Fusses zerquetscht worden war. Am 10. Septbr. findet sich die Wunde in bester Ordnung. Am 14. September Schmerzen, Tetanus. Der Pat. wird ins Krankenhaus aufgenommen mit Opisthotonus, Trismus, inter-

mittirenden Zuckungen und Schmerzen in der grossen Zehe. Den 25. Septbr. erhält er 4,0 Chloralhydrat ohne Erfolg; am nächsten Tage 6 Gramm, darauf grosse Erregung. Es wird nun mit der Dosis heruntergegangen. Am 3. October verschlimmert sich der Zustand in Folge einer Erkältung. Der Kranke wird isolirt und erhält 5,0 Chloral. Da Intoxicationserscheinungen eintreten, wird das Chloral ganz ausgesetzt; bald darauf schwindet auch das Koma und die Contractur; der Kranke kann als geheilt entlassen werden. N. warnt vor den grossen Chloraldosen. Man soll nicht über 3 bis 4 Gramm pro dosi hinausgehen, überhaupt mit einer kleinen Menge beginnen und allmählig steigen, wenn man Intoxicationserscheinungen vermeiden will.

Rabow (Berlin).

IV. Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung vom 20. October 1882. (Prag. med. Wochenschr. 1882. Nro. 44. u. 45.)

643) **Pribram** sellt eine 40 jährige Frau vor, welche schwere Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit dargeboten hatte. Als die üblichen Mittel im Stich gelassen hatten, wurde 2 Tage lang Digitalis gegeben, worauf haemorrhagische Sputa aufgetreten waren. Bei Fällen mit hochgradiger Pulsbeschleunigung und drohender Herzschwäche müsse man mit diesem Mittel vorsichtig sein. 2 Mal wurde dann die Punctio abdominis und 2 Mal die Punctio thoracis wegen freien Ergusses im Unterleib und Hydrothorax gemacht, was die Kranke rettete.

(Sitzung vom 27. October 1882.)

644) **Arthur Halla** stellt die 23 jährige Dienstmagd Drörak vor, bei welcher die rechte Schulter eckig, seitlich abgeflacht erscheint, das Acromion vorspringt, kurz, Luxation besteht. Dieselbe ist leicht zu reponiren und ist bedingt nicht allein durch hochgradige Atrophie des M. deltoideus, sondern auch durch Atrophie des M. supra- und infraspinatus. Die drei Muskeln sind gelähmt. Electr. Untersuchung ergab völligen Verlust der farad. Erregbarkeit des deltoideus bei directer und indirecter Reizung. Auf const. Strom reagirt deltoid., bei indirecter Reizung nicht. Bei directer Application der differenten Electrode ist deltoid. und infraspinat. erregbar, zuerst ASZ und immer ASZ $>$ KSZ. Mechanische Erregbarkeit gesteigert. Schwere Form der Entartungsreaction. Für die periphere Entstehung der Lähmung und Atrophie spricht der Nachweis der herabgesetzten Tast- und Schmerzempfindung an der Aussenseite des Oberarms in einem vom n. axillaris versorgten Bezirke, der auch den deltoid. versorgt, ferner die Anamnese einer plötzlichen, starken Erkältung, in Folge deren heftige Schmerzen auftraten und der Arm nicht mehr erhoben werden konnte.

Bei einer zweiten Kranken, der 18 jährigen Sophie Winter besteht Muskelatrophie der l. Schulter; Supraspinatus, Infraspinatus und Deltoideus sind atrophisch. Bei den Bewegungen ergibt sich, dass es sich hier nicht um Lähmung handelt. Bei passiver Bewegung überzeugt man sich, dass der Motilitätsdefect eine mechanische Ursache hat. Die Atrophie ist die Folge eines entzündl. Processes im Schul-

tergelenke. Far. Erregbarkeit der atroph. Muskeln erhalten, nur wenig herabgesetzt, ebenso galv. Erregbarkeit. Zuckungen blitzartig, zuerst KSZ, dann ASZ, constant KSZ = ASZ. Im Deltoid. und Infraspinat., welche am meisten betroffen sind, sind die Zuckungen auf die unmittelbar unter der Electrode gelegenen Muskelbündel beschränkt, ohne Bewegungseffect (cf. analoge Fälle von Rumpf, Erb). Im Herbst vorigen Jahres, wo Kranke beim Hopfenpflücken den l. Arm viel gebrauchen musste, waren Schmerzen in l. Schulter aufgetreten. Kranke leidet an hereditärer Syphilis. Die Omarthritis wird als Theilerscheinung der Lues, als Arthritis specifica aufgefasst.

Kahler macht zum ersten Falle die Bemerkung, dass dessen anatomische Grundlage eine neuritische Erkrankung des 5. und 6. Cervicalnerven sein dürfte, und zwar noch oberhalb jener Stelle, wo die beiden Nerven sich nach dem Durchtritt durch die Scaleni zu einem gemeinschaftlichen Stamme vereinigen.

An die zweite Krankenvorstellung knüpft Kahler eine Beobachtung von bei gonnorrhoischer Gelenkerkrankung sich rapid entwickelnder Muskelatrophie. Differentiell diagnostisch ist der vorhandene Sehnen- und Knochenreflex von Wichtigkeit. Einfache Muskelatrophie ohne Entartungsreaction ist Regel, doch kommen auch, wie Charcot nachweist, Ausnahmen vor. Goldstein (Aachen).

(Sitzung vom 3. November 1882.)

645) **Emil Schütz** stellt einen *Fall von mimischem Gesichtskrampf combinirt mit Zuckungen des Gaumensegels* vor. Es handelt sich um einen 44 jährigen Geschäftsmann, bei dem vor beiläufig 2 Jahren der Facialiskrampf begann und zwar zunächst in den rechten Augenlidern und der umgebenden Partie des rechten Auges. Schmerzen im Gesicht hat er nie gehabt. Das wesentliche Interesse des Falles liegt in den Zuckungen des Gaumens, bis jetzt wohl ein Unicum in der Beobachtung. Dieselben erfolgen sehr rasch hintereinander meistens isochron mit den Zuckungen der rechten Gesichtshälfte, aber auch unabhängig von denselben. Gleichzeitig treten ebenso rasch wechselnde Verkürzungen und Verlängerungen der Uvula ein, deren Zuckungen am lebhaftesten sind. „Störungen im Bereiche anderer Hirnnerven sind an unserem Kranken nicht zu constatiren.“ Trotzdem wird folgendes Verhalten hervorgehoben: es ist eine Alteration des Geschmackes auf der Zunge nachzuweisen derart, dass salzige und saure Sachen auf der vorderen Partie der rechten Zungenhälfte viel weniger deutlich empfunden werden als links. Der Vortr. sucht den Sitz der Erkrankung hinter der Abgangsstelle des N. petros. superfic. major. Bromkalium und Galvanisation wurden bisher erfolglos angewendet; zu einem operativen Eingriff hat der Patient mit Recht keine Lust. Warum ist kein Jodkalium angewandt?

(Sitzung vom 17. November 1882.)

Herr Prof. Dr. **Kahler** demonstrirt einige Noë'sche Thermosäulen und empfiehlt dieselben. (Prag. med. Wochenschr. 1882. 47.)

Erlenmeyer.

III. Verschiedene Mittheilungen.

646) *Aus Berlin.* Eine Subcommission des Magistrats, bestehend aus Mitgliedern der Bauverwaltung, der Irrenanstalt zu Dalldorf etc., besichtigte am Dienstag die Rieselgüter Malchow, Blankenburg und Blankenfelde aus Anlass der geplanten *Unterbringung von Geisteskranken* daselbst. Die Commission hat nun die Ueberzeugung gewonnen, dass gutartige Geisteskranke in grösserer Zahl auf genannten Rieselgütern untergebracht werden können, und zwar in den vorhandenen Wirthschaftsgebäuden. Die Irrenanstalt in Dalldorf ist gegenwärtig vollzählig belegt, es befinden sich bereits mehrere Hunderte von Geisteskranken auf Kosten der Stadt in Privatanstalten. Von diesen sollen, so weit eben der Raum reicht, die gutartigen, die keiner besonderen Beaufsichtigung bedürfen, auf den Rieselgütern untergebracht werden. Die Subcommission wird einen dahingehenden Antrag beim Magistrat stellen und nach voraussichtlicher Genehmigung wird der Antrag auch der Stadtverordnetenversammlung zur Genehmigung zugehen.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk (Posen) II. Assistenzarzt, baldigst. 2000 M., freie Station. 2) Eichberg (Nassau) 3. Hilfsarzt, 900 M., fr. Station. 3) Osnabrück 2. Assistenzarzt, baldmöglichst, 900 M., fr. Station. 4) Görlitz (Priv.-Irren-Anst. des Dr. Kahlbaum) psychiatr. erfahrener Oberarzt. 5) Halle a. S. (Prov.-Irr.-Anst.) II. Volontairarzt, sofort, 1200 M. freie St. I. Classe. 6) Bunzlau (Prov.-Irren-Anstalt) Director. 4000 M., freie Wohnung, Garten etc. Meldungen bis 6. Dezember an den Landeshauptmann von Schlesien, Herrn von Uthmann in Breslau. 7) Saargemünd (Lothringische Bezirks-Irrenanstalt), II. Assistenzarzt sofort, 1000 M. freie Station. Französische Sprachkenntniss erforderlich. 8) Ueckermünde (pomm. Prov.-Anst.) Director. 6000 M., Dienstwohnung etc. Meldungen an den Landesdirector der Prov. Pommern, Dr. Freiherrn von der Goltz in Stettin. 9) Die Kreisphysicate Borken, Burgk (Greiz), Fulda, Gnesen, Geilenkirchen, Münsterberg (Breslau), Oberbarnim, Amtssitz Freienwalde a. O. (Potsdam), Salzwedel (Magdeburg).

Ernannt. Kr. Phys. Sanitätsrath Dr. Naht in Freienwalde a/O. und Med. Rath Dr. Wiebecke in Hildesheim zu Regierungs- und Medicinalräthen, ersterer in Königsberg i/Pr., letzterer in Frankfurt a/O. ernannt.

Todesfälle. Dr. von Gellhorn, Director der pomm. Irrenanstalt in Ueckermünde (an Blutvergiftung in Folge eines Bisses, den ihm eine tobsüchtige Kranke beigebracht hatte).

Verzogen. Dr. Burkart, dirig. Arzt der Wasserheilanstalt Marienberg und Dr. Rumpf, Elektrotherapeut in Düsseldorf siedeln nach Bonn über. Ersterer ist zum dirig. Arzt des Johannis-Hospitals in Bonn erwählt worden; beide gehen unter die Privat-Docenten.

Wir bitten um Einsendung von Separatabdrücken.

Die Redaction.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

5. Jahrg. 15. Dezember 1882. Nro. 24.

INHALT.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das I. Quartal 1883 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Wir machen darauf aufmerksam, dass wegen des schnelleren Bezuges das Postabonnement den Vorzug verdient.

Dieser Nummer ist Titelblatt und Inhaltsverzeichniss beigefügt.

I. Originalien.

Dritter, unter Einwirkung von Chloralhydrat und Bromkalium glücklich verlaufener Fall von Tetanus traumaticus.

Von Sanitäts-Rath Dr. Panthel in Bad-Ems.

Der 6 Jahre alte Peter Müller erlitt eine beträchtliche Brandwunde auf der oberen, inneren Fläche des rechten Oberschenkels. Er wurde von einem Arzte auf gebräuchliche Weise behandelt und es ging gut bis zum 14. Tage, wo ich in Abwesenheit des Collegen zu dem Kinde gerufen wurde.

Die noch etwa handgrosse Wunde ist mit Fleischwucherungen bedeckt, sehr empfindlich, livid, dunkel blauroth, die Umgebung gesund, Fieber ist nicht zu bemerken. Das Kind ist sehr erregt, es ist seit dem Tage vorher sehr beschwerliches Schlingen bemerkt worden. Es ist unverkennbar Trismus vorhanden, wozu sich etwa alle $^1/_4$ Stunde ein tetanischer Ruck gesellt. Das Leiden machte noch Fortschritte zum deutlich ausgesprochenen Opisthotonus.

Unter dem Gebrauche von Chloralhydrat und Bromkalium bei entsprechender Behandlung der Wunde, feuchte Wärme — Chamillen-Aufguss — verlief die Sache so gut, dass mir der Vater 8 Tage später wesentlichen Nachlass der Krämpfe melden konnte. Das Kind erhielt die ersten 3—4 Tage 2stündlich $^1/_2$ Gramm Chlor.-Hyd., abwechselnd mit derselben Dosis Kal. brom. Später weniger häufig. Nach weiteren 8 Tagen hörten die Krämpfe auf und 14 Tage später war nur noch der fast unbeweglich extendirte rechte Fuss auffallend. (Spitzfuss.) Das Kind war sehr herabgekommen, der rechte Schenkel fast skelettartig abgemagert, ist aber vollkommen genesen. Die beiden früheren Fälle sind in der Berl. Med. Wochenschrift veröffentlicht.

Ems, 27. November 1882.

II. Referate.

647) **Obersteiner** (Wien): Ursprung und centrale Verbindungen der Riechnerven. (Biolog. Centrlbl. II. Bd. Nro. 15 p. 464—468.)

Der Bulbus olfactorius ist nicht der Grosshirnrinde, sondern der Ganglienzellenschicht der Retina oder den Ursprungskernen der anderen Nerven homolog. Während eine laterale Wurzel des Tractus deutlich zu sehen ist und im Anschluss daran einige minder deutliche weisse Bündel, existirt eine mediale weisse ebenso wie eine mittlere graue Wurzel nicht in der Weise, wie sie gewöhnlich beschrieben werden.

Auf Frontalschnitten des Tractus trifft man von unten nach oben zuerst eine 0,3 Mm. dicke Schicht markhaltiger Nervenfasern, hierauf eine 0,06—0,1 Mm. dicke bindegewebige, den obliterirten Ventrikel, hierauf in wechselnder Dicke eine modificirte Hirnrinde. Die Nervenfaserschicht ist bei allen älteren Menschen derart mit Amy-

loidkörperchen durchsetzt, dass man diese geradezu zur Verfolgung der centralen Bahnen benutzen kann. Man trifft so an der lateralen Fläche des Streifenhügels auf eine Gruppe 0,03—0,08 Mm. grosser rundlicher bis spindelförmiger, mit licht gelbem Pigment erfüllter Ganglienzellen, die wohl als centraler Riechapparat anzusprechen sind. Von dem bekannten Bündel, das zur vorderen Commissur zieht, zweigt sich ein feiner Strang ab, welcher am medialen unteren Rand der inneren Kapsel vorbei in den Thalamus opticus einstrahlt.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

648) **O. Kahler** (Prag): Casuistische Beiträge. (Prager med. Wochenschr. Nro. 42. 44. 45. 1882.)

(Schluss.)

V. Paraplegia cervicalis mit eigenthümlichen Sensibilitätsstörungen.

Knotek Josef, 32 jähriger Weber, aufgenommen in die Klinik des Prof. Halla den 24. Nov. 1876. Vor 2 Jahren Ameisenlaufen in der linken oberen Extremität; im folgenden Jahre Zunahme dieser Erscheinung mit gleichzeitiger Abnahme der Muskelkraft in der betr. Extremität. Dauernde Beugestellung der Finger und Flexion des Vorderarms.

Im Juli 1875 Sturz auf den Kopf. Bewusstlosigkeit. Seit 3 Monaten leichte Steifigkeit beim Gehen im l. Beine. Syphilis nicht vorhanden gewesen. Hereditär nicht belastet.

Status den 1. Dez. 1876. In letzter Zeit Kopfschmerzen. Steht Pat., so sieht man vorn einen höheren Stand der l. Schulter, Ellenbogengelenk in halber Beugestellung, Handgelenk in Flexions- und leichter Abductionsstellung, Finger in allen Gelenken flectirt. Gesammte Muskulatur der l. oberen Extremität und die am Oberarm sich inserirenden Rumpfmuskeln stark contrahirt, auffallend hart; dadurch Schultergelenk festgestellt. Von activen Bewegungen des Oberarms und der Schulter nur die von Serratus- und Cucullaris-Wirkung abhängigen nachweisbar, passive Bewegung nach Ueberwindung bedeutenden Widerstandes, nach allen Richtungen. Im Handgelenke sind wenig ausgiebige Pro- und Supinations-, Beuge- und Abductionsbewegungen ausführbar, passiv sämmtliche Bewegungen nach Ueberwindung bedeutenden Widerstandes. In den Fingergelenken sind activ nur ganz geringe Flexionsbewegungen, passiv bei grosser Kraftanstrengung sämmtliche Bewegungen ausführbar. Nach mehrfachen passiven Bewegungen lassen einzelne Contracturen nach und gehen demgemäss auch die activen besser. L. untere Extremität normal, beiderseits Kniephänomen, links langdauerndes Fussphänomen bei Dorsalflexion des Fusses, rechts kurz dauernd und schwach. Leichte Abnahme der electrischen Erregbarkeit für beide Stromesarten an den Nerven und Muskeln der l. ob. Extremität ohne qualitative Aenderung der Reaction.

24. Jan. Aufnahme *der Sensibilität:* Auf der l. Seite des Halses fehlt an einer Hautstelle die Empfindung feiner Berührungen und die Schmerz- und Temperaturempfindung. Anschliessend an diesen Bezirk eine Stelle in Nackengegend, wo blos die Schmerzempfindung

fehlt. Am 10. Febr. macht der Kranke auf eine frisch entwickelte anaesthetische Hautstelle an der l. Brustseite aufmerksam. Gürtelförmig umfasst sie die l. Thoraxhälfte in der Höhe des 4.—8. Brustwirbels. An der hinteren Thoraxfläche nur absoluter Verlust der Schmerzempfindung, in der lateral. Brustgegend in Form eines schmalen Streifens. Verlust der Tast- und Schmerzempfindung und vorn Fehlen aller drei Qualitäten. 18. Febr. weitere Ausbreitung des anaesthetischen Hautbezirkes am Rumpfe. Muskelcontractionen haben zugenommen, ebenso Flexionsstellungen der Finger. 7. März. Anaesthetischer Hautbezirk am Rumpfe mit dem am Halse zusammengeflossen. „Die Empfindung einfacher Berührungen fehlt in einem links gelegenen Bezirke, der vorne begrenzt wird durch eine Linie, die vom pom. Adam. senkrecht zum Nabel zieht, hinten durch die Wirbeldornfortsätze vom 2. Halswirbel — 1. Lendenwirbel. — Obere Grenze bildet eine Linie, die am 2. Halswirbel beginnt, gegen das Ohr läuft, um dann zwei Querfinger hinter dem Unterkieferwinkel bogenförmig gegen das pom. Adam. zu verlaufen. Die untere Grenze wird durch eine horizontale Linie dargestellt, die vom 1. Lendenwirbel zum Nabel zieht.“ Auch die regio deltoidea wird in den Bereich der tactilen Anaesthesie gezogen. Die Analgesie überschreitet die eben angegebenen Grenzen an der oberen Grenze vorn um ca. 2 Querfinger, hinten noch mehr, indem die totale Hautanalgesie sich hier über das Hinterhaupt hinauf bis etwas über die Scheitelhöhe erstreckt, immer scharf an der Mittellinie begrenzt. Ausserdem erscheint die Haut des ganzen l. Ober- und Vorderarms unempfindlich gegen schmerzhafte Reize bis auf einen Bezirk an der Ulnarseite des Vorderarms. Analgesie ist überall absolut. Temperaturempfindung fehlt in demselben Umfange wie Schmerzempfindung. 17. April. Analgesie hat sich über die ganze l. Ohrmuschel und über den grösseren Theil der l. Hälfte des behaarten Kopfes ausgebreitet. Auch in der l. Hohlhand ist Schmerzempfindung verloren. 27. Juli. Kranker wird entlassen und kehrt 23. Nov. 1879 zurück. Vor 3 Monaten Schwäche in der r. oberen Extremität, Gefühl von Ameisenlaufen an der Dorsalfläche des r. Vorderarms. Vor 11 Wochen schwarze Vertrocknung der Haut an der l. Schultergegend; es blieb nach Abstossung des Schorfes ein Geschwür zurück. Vor 7 Wochen Pneumonie.

Status den 1. Dezember. Zeitweiliger Kopfschmerz. Schädel bei Percussion rechts empfindlicher als links. Motilität der l. oberen Extremität wenig verändert. Ausgesprochene Contractur des Cucullaris und Levator scapulae. Nirgends Andeutung von individueller Muskelatrophie. Bewegungsstörung wie früher. Jetzt aber auch rechts Contraction der Adductoren des Oberarms, des pectoral. und latissim. dors. und auch des Cucullaris. Bei jeder activen Bewegung gerathen die harten Muskeln in völlige Starre. Auch am Deltoideus ein gewisser Grad tonischer Contraction. Wirbelsäule im oberen Brusttheil stark bogenförmig kyphotisch. Leichter Grad motor. Schwäche an den unteren Extremitäten. Kniephaenomen beiderseits sehr gesteigert. Fussphaenomen beiderseits vorhanden. An den oberen Extremitäten

keine Sehnenreflexe zu erzeugen. Die Prüfung der Sensibilität ergibt an der vorderen Rumpffläche und am Halse so ziemlich das gleiche Verhalten, wie vor zwei Jahren. An der hinteren Rumpffläche und am Nacken zeigt die tactile Anaesthesie und die Analgesie nach oben die gleichen Grenzen, wie bei der letzten Aufnahme, nach unten aber findet die tactile Anaesthesie neben der Wirbelsäule in der Höhe des 5. Lendenwirbels ihre Begrenzung. Neben der Wirbelsäule läuft die Analgesie mit ihr zusammen, nach aussen zieht sich deren Grenze, sowie an der vorderen Rumpffläche über jene des anaesthetischen Bezirkes zurück. Stösst man durch die l. Ohrmuschel eine Nadel, so empfindet Pat. dies nur als Druck, behauptet das Geräusch mit dem r. Ohre zu hören (mit dem linken ist er taub).

Temperaturempfindung fehlt in demselben Umfange wie Schmerzempfindung. Für Temperaturreize ist jetzt die Haut der ganzen l. oberen Extremität unempfindlich. Lageempfindung normal. 20. März 1880 Motilitätsstörung des l. Beines ist auffallender als vorher. Die Sensibilitätsstörungen haben sich weiter ausgebreitet. Tactile Anaesthesie occupirt jetzt auch noch die l. Hüftgegend und erstreckt sich über die l. Ohrmuschel und bis zum Unterkieferrande. In der regio deltoidea *rechts* jetzt ebenfalls ein tastunempfindlicher Hautbezirk. Analgesie *rechts* jetzt an einem Theile der Haut des Halses und des Rückens, *links* greift sie etwas auf die Haut des Gesichtes über. Kranker wurde auf Verlangen entlassen. —

Bei Besprechung des Krankheitsbildes hebt Verf. hervor, dass es sich handle um eine nach und nach zur Entwicklung gelangende, mit Muskelrigidität verbundene Lähmung und Halblähmung der oberen Extremitäten und einzelner Rumpfmuskeln. Vielleicht hätte sich bei dem progressiven Krankheitsverlaufe schliesslich eine vollständige cervicale Paraplegie herausgestellt. Die spastische Lähmung unterscheidet sich aber durch das Fehlen der Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten wesentlich von der gewöhnlichen Form, während an den unteren Extremitäten die Erscheinungen sich zeigten, wie sie bei den Erkrankungen Regel sind, durch welche die Leitung zwischen den unteren Rückenmarkstheilen und den Gehirncentren beeinträchtigt wird (Compression, chron. Myelitis, disseminirte Sclerose etc.) d. h. leichte paretische Symptome und hochgradige Steigerung der Sehnenreflexe. Die sensiblen Lähmungen, später auftretend und dem Falle sein eigentliches Gepräge gebend, haben vor allem das Eigenthümliche der scharfen Begrenzung in der Mittellinie. Ferner fehlen innerhalb der anaesthetischen Hautbezirke die verschiedenen Empfindungsqualitäten in verschiedenem Umfange. Die früher erschienene Analgesie überschritt an den meisten Grenzen das Gebiet der völligen Anaesthesie und nur an der unteren Grenze war tactilie Anaesthesie über die Grenzen der Analgesie hinaus nachweisbar. Vielleicht wäre schliesslich eine auf beide Körperhälfte gleichmässig verbreitete Hautanaesthesie zur Wahrnehmung gelangt.

Eine gewisse patholog. Bedeutung haben auch die in der reg. deltoid. zur Entwicklung gekommenen trophischen Störungen der Haut,

umschriebene Hautneurosen mit folgender, chronischer Geschwürsbildung und keloidähnlicher Narbenentwicklung. Aus diesen Symptomencomplexen nun versucht Verf. zu einer Diagnose des Falles zu gelangen.

Auf dem Wege successiver Ausschliessung — indem er zeigt, dass das Grosshirn, der Gehirnstamm, sowie Brücke und verlängertes Mark nicht Sitz der Laesion sein können — gelangt er zur Diagnose einer *spinalen* Erkrankung. Die fehlende Muskelatrophie lässt eine Erkrankung oder Zerstörung der grauen Vordersäulen des R.-M.'s ausschliessen, die Rigidität und Contractur der gelähmten Muskeln kann vielmehr nur durch die Annahme einer Unterbrechung der Verbindung zwischen den motor. Bahnen der Seiten- und Vorderstränge und der Zellenstation in der grauen Substanz ihre Erklärung finden. Ob weisse oder graue Substanz dabei erkrankt ist, lässt sich vorläufig nicht sagen, doch scheint das letztere jetzt schon wahrscheinlicher. Dann führt Verf. den Nachweis, dass sämmtliche anaesthetische Hautstellen sich in dem Verbreitungsbezirke spinaler Nerven vorfinden. Das Bestehen partieller Empfindungslähmung ist, wie in den vorigen Nummern gezeigt wurde, bei Erkrankungen gewisser Rückenmarkstheile und bei Laesion der hinteren Nervenwurzeln keine ungewöhnliche Erscheinung. Eine ausreichende Erklärung des Krankheitsbildes ist zu erhalten, wenn man als Grundlage der sensiblen Störungen eine successive Zerstörung der in die Hinterhörner der grauen Substanz oder in die Hinterstränge einstrahlenden Nervenwurzeln annimmt.

Somit gelangt Verf. zur Diagnose eines in der Längsaxe des Rückenmarks und zwar vom obersten Cervicalmarke bis in den Lendentheil sich ausbreitenden Krankheitsprocesses, der nur die in den betreffenden Querschnittshöhen eintretenden Nervenwurzeln schädigt; derselbe kann nur in der *grauen* Substanz localisirt sein, wie bei Besichtigung der motor. Symptome oben vermuthet wurde. Von derartig progressiven Erkrankungsformen der grauen Substanz liegen nur zwei vor, das *centrale Gliom* und die *centrale Höhlenbildung*, beide übrigens durch Schultze neuerdings in nahe Beziehung zu einander gebracht.

Im Zusammenhang nun mit der vorhandenen Literatur und namentlich mit den beiden Fällen von Späth-Schüppel und Schultze, die zur Obduction gelangten, auf deren Aehnlichkeit mit dem vorliegenden hingewiesen ist, glaubt Verf. die Berechtigung zu haben, die Diagnose einer *Syringomyelie* mit vorwiegender Betheiligung der Hinterhörner event. auch der Hinterstränge, zu stellen. Nur für das Cervicalmark müssen wir, um die motorischen Störungen an den oberen Extremitäten zu erklären, ein Uebergreifen des Processes auf andere Theile des Rückenmarksabschnittes supponiren.

Goldstein (Aachen).

---

649) **Fr. Ganghofner** (Prag): Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Rindenataxie. (Prager med. Wochenschr. 1882. Nro. 45.)

Verf. stellt dem Vereine deutscher Aerzte in Prag am 20. October 1882 den Kranken Josef R., 20 J. alt, Comptoirist, vor, wel-

cher 14 Tage zuvor Kribeln und Gefühl von Ameisenlaufen in den Fingerspitzen der rechten Hand verspürt hatte, welches sich von da über Vorder- und Oberarm bis zur Schultergegend verbreitete. Gefühl von Schwere in der rechten oberen Extremitität, später krampfhafte Bewegungen der Finger. Rechter Arm und rechte Hand werden ungeschickt.

Stat. praes. 4 Tage nach Erkrankung in der Poliklinik: Deutliche Lähmung im unteren Facialisgebiete rechts, Finger der rechten Hand zeigen mehr oder weniger rhytmisch erfolgende Bewegungen, wie bei Athetose, ferner ausgesprochene Ataxie der rechten Hand, Störungen der Lagevorstellungen daselbst, sowie des Tastsinnes an der Volar- und Dorsalseite des 2.—5. Fingers. Leichte Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung an der rechten Hand, ebenso des Kraft-, Raum- und Drucksinnes. Ophthalmoscopisch ergab sich Staphyloma postic. Die Prüfung des rechtsseitigen Facialis, der Nerven und Muskeln des rechten Oberarms ergab normales electrisches Verhalten. Dieser Befund, sowie das Vorhandensein einer auf den r. Vorderarm beschränkten Ataxie und die Störungen verschiedener Gefühlsqualitäten nöthigen den Verf. eine Hirnrindenlaesion anzunehmen. Die Bewegungen der Finger, sei es dass man sie als Athetose oder choreatische Bewegungen auffasst, sind als motorische Reizsymptome anzusehen, welche durch einen Irritationszustand im Verlaufe der Pyramidenbahnen bedingt sein dürfte. Der Krankheitsfall wird also als circumscripte Laesion der linksseitigen Hirnrinde, in der von Munk als Fühlssphäre bezeichneten Region aufzufassen sein. Die Ursache ist vielleicht ein embolischer Process, ein kleiner Erweichungsherd in der Hirnrinde, wofür auch das Rückgängigwerden der krankhaften Erscheinungen spricht. Goldstein (Aachen).

---

650) **Julius Mickle:** The Knee-jerk in General Paralysis. (Der Patellar-Sehnen-Reflex bei der allgemeinen Paralyse.) (Journ. of ment. sc. Oct. pag. 343—347.)

Der Verf. hat bei einer Anzahl von paralytischen Männern den Patellar-Reflex mit Rücksicht auf verschiedene Gesichtspunkte untersucht. Abgesehen davon, dass das Kniephänomen im Verlaufe der Krankheit die Intensität wechseln kann, ergab sich hauptsächlich, dass bei *fehlendem* Sehnen-Reflex häufiger waren: Schmerzen in den Beinen und dem Rumpfe, Unreinlichkeit und Hallucinationen, in geringem Grade häufiger: atactischer Gang, epileptiforme Anfälle und verminderte Empfindlichkeit gegen Kneifen und Kitzel. Hingegen kamen neben *gesteigertem* Reflex häufiger vor: ohnmachtähnliche, sowie hemiparetische und apoplectiforme Anfälle.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

651) **Burr** (Pontiac, Michigan): The Insanity of Masturbation. (Sep.-Abdr. aus The Physician and Surgeon.)

Bei 10% aller im Eastern Michigan Asylum befindlichen Kranken ist Masturbation als causa morbi zu betrachten. Fast alle Kran-

ken dieser Art sind hereditär belastet. Melancholie und Manie sind die Hauptformen dieser Psychosen, deren gewöhnlicher Ausgang aufgeregter Blödsinn, deren Heilung exceptionell ist. Die Manie ist durch erotische Triebe, Neigung zum Zerstören, zu gewaltthätigen und schamlosen Handlungen, die Melancholie durch Sinnestäuschungen und Wahnideen religiösen Inhaltes und Hysterie charakterisirt. Jeder Form der Psychose in Folge von Onanie gemeinsame und diagnostisch wichtige Symtome sind: Grosse Eitelkeit und Selbstliebe, massloser Egoismus, Delusionen religiösen und sexuellen Charakters, Hang zu Selbstmord und explosiven gewaltthätigen Handlungen und bestimmte Symptome eines zerrütteten Nervensystemes.

Verf. führt an der Hand mehrerer Krankheitsgeschichten den Beweis für das Bestehen dieser *characteristischen* Symptome, nicht aber dafür, dass Onanie die *Ursache* dieser Psychosen ist.

Matusch (Dalldorf).

---

652) **Kirn** (Freiburg): Ueber acute Psychosen. (Vortr. auf d. Oberrhein. Aerztetag 20. Juli 1882. — Aerztl. Mitth. aus Baden 1882. 22.)

Es handelt sich um eine gute Besprechung der innerhalb einer febrilen Erkrankung auftretenden Psychosen. Vortr. stellt zwei natürliche Krankheitsgruppen gegenüber: I) die im Beginne und bei der Höhe des Fiebers sich einstellenden — febrile Psychosen — und II) die bei dem Abfall desselben — asthenische Psychosen *Kräpelin* — einsetzenden Psychosen. Ad. I. *Pathogenese*: 1. Temperaturerhöhung; 2. Circulationsänderung; a) durch beschleunigte Herzthätigkeit active Hirnhyperämie und gesteigerte Sauerstoffzufuhr; b) mechanisch bedingter Druck und Stauung. 3. Specifische Infectionsstoffe, deren Wirkung a) allgemein toxisch, b) direct die Hirnganglien reizend sein kann. Die häufigste Form dieser Erkrankung ist die einer *maniakalischen Aufregung*. Es folgen hier 3 kurz beschriebene Fälle eigener Beobachtung 1) bei Bronchitis acuta mit Pneumonia catarrhalis, 2. bei Typhus abdom. 3. bei Erysipelas faciei.

Ad. II. Pathogenese: 1. Die durch das Fieber resp. den ganzen vorausgegangenen Krankheitsprocess verursachte Anaemie. Reizbare Schwäche. 2. Mitunter Nachwirkung der aufgenommenen Infectionsstoffe (Rheumat. acutus) oder deren Zerfallsproducte (Intermittens).

Bei dieser Gruppe ist eine mehr directe Veränderung der nervösen Centralorgane und dadurch bedingte grössere Beeinflussung der geistigen Functionen als bei der I. zu erwarten; daher eine grössere Manigfaltigkeit der Formen der Psychosen.

Die febrilen Psychosen führen in der Regel zur Genesung, oder zum Tode; die asthenischen endigen selten lethal, gehen oft in einen chronischen Zustand über, werden unheilbar. Zum Schlusse werden zwei selbstbeobachtete Fälle mitgetheilt, eine bei Rheum. acutus, ein anderer bei Typhus. (?) Beide gingen in Genesung über. Da der Vortrag vor einer Versammlung praktischer Aerzte gehalten ist, fällt der Mangel jeder Angabe über die Behandlung der acuten Psychosen auf, die nicht nur in medicamentöser Beziehung, sondern auch in mechanischer höchste Umsicht erfordert.

Erlenmeyer.

653) **Rudolf Arndt** (Greifswald): Lehrbuch der Psychiatrie für Aerzte und Studirende. (Wien und Leipzig. Verlag von Urban und Schwarzenberg. 1882. 624 S.)

Das vorliegende Werk ist das vierte umfassende, welches innerhalb der kurzen Zeit von 4 Jahren auf dem Gebiete der Psychiatrie erschienen ist, abgesehen von den in demselben Verlage herausgegebenen einschlägigen Monographien der medicinischen Realencyklopädie. Wenn die schnelle Zunahme von Hand- und Lehrbüchern einen Massstab für die Fortschritte einer Wissenschaft abgibt, so muss es mit der Psychiatrie nicht schlecht bestellt sein. Hat man jedoch die einzelnen Werke aufmerksam durchgelesen, so wird man sich sagen müssen, dass ihre Verfasser im Ganzen nur alten Most in neue Schläuche gebracht haben, und dass im übrigen Alles geblieben ist, wie es war, weil keine neuen fundamentalen Entdeckungen stattgefunden haben. Diese Empfindung wird man auch nach der Lektüre des Arndt'schen Buches hegen. Wenn dasselbe nun auch nicht den Eindruck eines greifbaren Fortschrittes hervorruft, so regt es andrerseits doch die Frage an, ob nicht schon darin ein Gewinn für die Psychiatrie liegt, dass ihr Gesammtgebiet von einer Reihe competenter Beobachter — und für einen solchen muss der Verfasser entschieden angesehen werden — immer wieder einer neuen Beleuchtung und Untersuchung unterworfen wird. Diese Frage wollen wir gerne bejahen, da wir der Ueberzeugung sind, dass durch die verschiedene Bearbeitung von Thatsachen, durch subjektive Anschauungen, durch neue Erklärungsversuche und Theorien fruchtbringende neue Ideen angeregt und die Lust an dem Bekannten gerade durch sein Erscheinen in neuer Form auf's Neue geweckt und befestigt wird. Der Gewinn däucht uns um so grösser, wenn diese Form eine wohl durchdachte, geistreich gewählte und einheitlich durchgeführte ist, wenn der Stoff nach einem leitenden Grundgedanken bearbeitet ist, der sich überall ungezwnngen kenntlich macht und wie ein rother Faden durch das Ganze hinzieht.

Dies ist dem Verf. vollkommen gelungen. Sein Buch ist unseres Wissens seit langer Zeit das erste Fachwerk, welches diese Bedingungen erfüllt und von Anfang bis zu Ende wie aus einem Guss erscheint. Es bemüht sich, in das Gewirr von Thatsachen, Begriffen und Theorien ein System zu bringen, welches auf einer wissenschaftlich unanfechtbaren Grundlage errichtet ist. Ein solches Buch muss auch von dem Fachmann willkommen geheissen werden. Für den nicht psychiatrisch gebildeten Arzt und für den Studirenden war es geradezu ein Bedürfniss. Und wie wir seiner Zeit das Lehrbuch von Krafft-Ebing's den letzteren wegen seiner ruhigen, nüchternen Betrachtungsweise, der klaren hübschen Detailschilderung und der gefälligen, leicht fasslichen Diktion empfehlen konnten (siehe: Centralblatt 1880 1 u. 2), so dürfen wir dies bei dem Lehrbuch Arndt's um so eher, als es neben der Mehrzahl der obengenannten Qualitäten noch den das Studium unendlich erleichternden Vorzug eines streng durchgeführten wissenschaftlichen Systems hat, auf das wir weiter unten zurückkommen.

Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und in einen speziellen

Theil, die jedoch äusserlich etwas schärfer hätten gegen einander abgegrenzt werden können. Von diesen zählt der erstere 372, der andere 252 Seiten. Der allgemeine Theil umfasst die Einleitung, die Histiogenese des Nervensystems, die individuelle Entwicklung, die Anatomie des psychischen Organs, die Psychogenesis und die psychophysicalischen Grundphänomene, die Aesthesien, die Ergasien, die Dysästhesien, die Dysergasien, die Psychosen, die Ursachen derselben, die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Psychosen. Der spezielle Theil behandelt die Diagnose und Prognose der Psychosen, ihren Verlauf, ihre Behandlung.

Gehen wir nun etwas näher auf den Inhalt ein. Zunächst kam es dem Verfasser darauf an, seinen Anschauungen über die Natur und das Wesen der „Psyche“ klar zu stellen. Dieselbe ist für ihn ein Theil der Funktionen des Gesammtnervensystems, der hauptsächlich im Centralorgan vor sich geht. Das letztere ist aber nicht als das automatische Centrum des gesammten Nervensystems an zu sehen, im Wesentlichen vielmehr nur ein sehr ausgedehnter und vollkommener Reflexapparat, der nicht nach Belieben die verschiedenen Thätigkeiten der übrigen Nerven zu seinen Zwecken benutzen kann, sondern dieselben nur in möglichst ausgebreitete Verbindungen und mannichfaltige Beziehungen setzen soll. Dabei entsteht die Psyche, insbesondere das Bewusstsein, als Nebenprodukt, gleichsam wie die Bewegung der Magnetnadel eines in Nebenschliessung sich befindenden Galvanometers. Wie es aber überhaupt möglich ist, dass die Materie, empfindet, fühlt, Bewusstsein bekommt, das erklärt der Verfasser mit Du Bois-Reymond für ein ewiges unauflösliches Räthsel. Zu allem nervösen, also auch psychischen, Geschehen sind unbedingt äussere Reize erforderlich. Dieser Satz behält nach Arndt auch für das völlig entwickelte Individuum Geltung, so dass also lediglich centrale Vorgänge, z. B. sogenannte centrale Hallucinationen, nicht denkbar sind. Die Art und Weise des Zustandekommens aller Vorgänge im Nervensystem hängt erstlich von der Stärke des einwirkenden Reizes ab, sodann aber von der Quantität und Qualität der Leitung. Letztere beruhen ihrerseits auf angeborener oder erworbener Beschaffenheit der Nervensubstanz und somit auf der Verschiedenheit der physicalisch-chemischen Vorgänge, welche diese Beschaffenheit hervorgerufen haben und unterhalten. Verfasser sucht nun an der Hand der Theorien von Fechner, Wundt u. A. etwas näher in diese Vorgänge ein zu dringen und glaubt dass sie, chemisch aufgefasst, in Dissociationen und Associationen der zu Molekulen gruppirten zusammengehörigen Atome bestehen, physikalisch aber als fortschreitende Contraktionswellen reihenförmig angeordneter, aus Molecularcomplexen bestehender, mikroscopisch kleinster Strukturelemente anzusehen sind. Insofern eine reihenförmige Anordnung dieser Elemente für die möglichst ungehinderte und gleichmässige Fortleitung der Reizeindrücke von grosser Wichtigkeit ist, muss sie als der Ausdruck ausgeschliffener Bahnen angesehen werden, die uns als solche in der fribrillären, aus continuirlich an einander gereihten, in homogene Grundsubstanz gebetteten, feinsten Körnchen beste-

henden Struktur der Ganglienzellen, ihrer Fortsätze, sowie der Achsencylinder entgegentritt. Eine gleiche Struktur zeigt aber auch die Neuroglia des Centralnervensystems, weshalb sie vom Verfasser im Einklang mit Henle, Ewald und Kühne ebenfalls der eigentlichen Nervensubstanz zugerechnet wird. Er stellt sich dieselbe als ein Receptakulum der von der Peripherie herkommenden Reizeinwirkungen vor, welche sich in ihr diffus ausbreiten, oder vermittelst der in der Neuroglia endigenden resp. entspringenden Ganglienzellenfortsätze in bestimmte Bahnen geleitet werden, und zwar aller Wahrscheinlichkeit nach stets in diejenigen, auf deren Wege sie den geringsten Widerstand zu überwinden haben. Je mangelhafter diese sowie die weiter oben erwähnten Nervenelemente in ihrer Grösse, Struktur etc. beschaffen sind, desto weiter ist die Anlage des betreffenden Nervensystems von einer normalen entfernt und desto wahrscheinlicher werden reciprok wieder die allen nervösen Vorgängen in letzter Linie zu Grunde liegenden physicalisch-chemischen Processe von dem normalen Hergang entfernt sein. Der Verfasser hat selbst gefühlt, dass es etwas misslich ist, so tief und ausführlich in molekulare und atomistische Theorien ein zu gehen, von deren wahrer Erkenntniss wir noch so weit entfernt sind, indess er konnte dieselben behufs einer exakten Ausführung seines Grundprincips, auf das wir gleich kommen werden, nicht ganz entbehren und durfte sich auf das analoge Verfahren der Physiologen, Physiker und Chemiker berufen, welche noch viel ausgiebiger mit dieser unbekannten Grösse operiren, ohne den Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit auf sich zu laden.

Der Verf. geht nun zu den einzelnen Erscheinungen des Nervenlebens über, indem er nachweist, dass dieselben im normalen Verlauf alle auf einem und demselben Grundgesetz beruhen, das er daher zur Basis seiner weiteren Betrachtungen macht. Es ist dies das bekannte Pflüger'sche Zuckungsgesetz, welches nach Arndt's Ansicht nicht nur für die Vorgänge im peripheren Nerven, sondern auch für diejenigen im Centralnervensystem Gültigkeit besitzt. Demnach zergliedert er in den Kapiteln über die Aesthesien und Ergasien den ganzen Complex der Psyche an der Hand der Psychologie und weist für jede einzelne Erscheinung die Abhängigkeit von dem oben genannten Gesetz nach. Bei dieser Analyse folgt er im Ganzen dem Systeme Herbart's und Schelling's, doch weicht er insofern davon ab, als er nicht die gebräuchliche Eintheilung der psychischen Processe in die drei Kategorien des Fühlens, Vorstellens und Wollens adoptirt, sondern nur zwei Hauptkategorien annimmt, nähmlich die Aesthesien und Ergasien. Unter den ersteren versteht er die gesammten Vorgänge der Perception, unter den anderen diejenigen der Reaktion. Demnach begreift er unter den ersteren auch noch das Vorstellen, Denken und Wollen, unter den letzteren ausser dem eigentlichen Thun, Sich-äusseren auch die Reaktion nach der trophischen, vasomotorisch-thermischen und secretorischen Seite des Nervenlebens hin, wobei seiner Auffassung nach das eigentliche Thun, Sich-äusseren als das Endglied in der Kette der Reaktion anzusehen ist und die übrigen oft als Aequivalente für

dieses auftreten können. Vom biogenetischen Gesichtspunkt aus hat es mit dieser Behauptung auch seine volle Richtigkeit. Man muss ferner zugeben, dass das ganze Eintheilungsprincip die logische Folge der Anschauung ist, nach welcher das Centralnervensystem nur einen Reflexapparat darstellt, und das ganze Nervenleben nur in beständiger Reizaufnahme und -Entäusserung besteht.

Verf. geht dann auf die Anomalien der verschiedenen Erscheinungen des Nervenlebens über, die er im Einklang mit seiner bisherigen Eintheilung ebenfalls in zwei grosse Hauptgruppen zusammenfasst. Die eine derselben nennt er die Dysästhesien, die andere die Dysergasien. Bei den ersteren unterscheidet er wieder Hyper, Par-, Hyp- und Anästhesieen; bei letzteren Hyper-, Par-, Hyp- und Anergasien. Geradeso wie die Aesthesien und Ergasien aber nach dem Pflüger'schen resp. Wundt'schen Zuckungsgesetz entstehen und ablaufen, so gelten für die Anomalien des Nerven und Seelenlebens die Zuckungsformeln, welche für den ermüdenden und absterbenden Nerven von Erb und Brenner gefunden worden sind. Die einzelnen Erscheinungen dieser Anomalien, von der einfachsten bis zu der complicirtesten, werden wieder an der Hand der Psychologie der Reihe nach durchgenommen, um bei jeder die Gültigkeit dieser Formeln nach zu weisen. Durch diese Methode erhält die Darstellung in den genannten vier Abschnitten etwas sehr Ermüdendes und Breites, obwohl wir gerne gestehen wollen, dass wir augenblicklich auch nicht zu sagen vermögen, wie der Verf. diesen Uebelstand hätte vermeiden können, ohne an Gründlichkeit und Beweiskraft für die Richtigkeit seiner Auffassung einzubüssen. Was die Lektüre dieser Abschnitte noch mehr erschwert, ist die grosse Menge von Fremdwörtern nach dem Schema Hyper, Para, Hypo, und An zur Bezeichnung von psychologischen Unterabtheilungen etc., deren fast auf jeder Seite ein bis zwei Dutzend wiederkehren. Wir dächten, der Verf. hätte hierin doch etwas mehr Maass halten können, da es ja ganz irrelevant ist, für jede untergeordnete Erscheinung gleich ein Fremdwort bei der Hand zu haben. Es scheint uns dies um so weniger angebracht zu sein, als das Buch hauptsächlich dem Studium der Psychiatrie dienen soll, und nur Wenige Geschmack an so vielen Fremdwörtern finden, geschweige denn sie ohne Verwirrung gebrauchen werden.

Das Gleiche gilt von dem Kapitel über Psychosen. Wir finden in demselben so viele fettgedruckte fremde Bezeichnungen für eine oder dieselbe Form, so viele längstentschwundene Namen für diese oder jene Monomanie, dass wir fast auf die Idee kommen, der Verf. wolle dem Leser ein recht grelles Bild von den Verwirrungen und Sünden früherer Zeiten in Bezug auf die Sucht nach speziellen Bezeichnungen für jede leise Schattirung der Seelenstörung vorführen, um ihm daran noch klarer zu beweisen, wie recht er hat, wenn er schliesslich alle sich daran knüpfenden Anschauungen in die Rumpelkammer wirft und dafür seine einfache Auffassung und Nomenclatur der Psychosen entwickelt. Indess selbst dann hätten wir gewünscht,

das meiste von diesem alten Wust, dass sich jetzt breit macht und die Aussicht benimmt, mehr nebenher behandelt zu sehen.

Ueber die Eintheilung der Psychosen vom Standpunkt des Verf. aus kann man von vorneherein nicht zweifelhaft sein. Seiner Ansicht nach gibt es nur eine Geistesstörung, und alle Abweichungen von derselben sind nur scheinbare, indem das eine oder das andere Symptom derselben nicht vollständig ausgebildet oder gar ganz ausgeblieben ist. Er führt für diese Anschauung Analogien bei anderen Krankheiten an, welche je nach Umstand ebenfalls ein sehr verschiedenes Aussehen gewinnen können. Bei der grossen Schwierigkeit, welche jedoch eine ganze Reihe von Psychosen (in dem bisherigen Sinne) dieser Betrachtungsweise entgegen setzen, empfahl es sich, wenigstens äusserlich noch einen gewissen Unterschied gelten zu lassen, und so hat denn der Verf. die Psychosen in die typischen und atypischen eingetheilt, indem er zu den ersteren die Melancholie, die Tobsucht, die Manie, den Stupor, den Wahnsinn, das Delirium acutum und die allgemeine progressive Paralyse rechnet, zu den letzteren aber die angeborene und erworbene Geistesschwäche mit der Moral insanity, dem impulsiven Irresein, der primären und secundären Verrücktheit, der chronischen Melancholie oder Manie, und den terminalen Blödsinn. Die cyklischen und periodischen Geistesstörungen bilden gleichsam den Uebergang von der einen Abtheilung zur anderen, und müssen bald zu dieser bald zu jener gezählt werden. Zu seiner einheitlichen Auffassung des Irreseins ist der Verf. theils per deductionem aus den vorhergegangenen Abschnitten gelangt, theils durch die praktische Wahrnehmung, dass es genau betrachtet keine Geistesstörung gebe, bei welcher nicht eine melancholische Verstimmung den Anfang mache, oder bei welcher nicht im Verlaufe einmal eine Melancholie, ein Tobsuchtsanfall, eine Manie oder ein Stupor beobachtet werde. Diese vier Elementarerscheinungen des Irreseins kehren vollständig, zu mehreren oder einzeln in allen bisher geläufigen Formen von Geistesstörung wieder, und die Ursache dieses unterschiedlichen Auftretens sowie der Intensität des letzteren ist nicht sowohl in verschiedenen Krankheitsprocessen als vielmehr in der Verschiedenheit der Reaktion des ermüdenden und absterbenden Nerven zu suchen. Die eine oder andere dieser Reaktionsformen kann sich kürzere oder längere Zeit, ja selbst viele Jahre lang erhalten. Handelt es sich um eine langjährige Reaktion im Sinne des ermüdenden Nerven, so wird man neben der einen oder anderen der oben genannten vier Elementarerscheinungen stets einen mehr oder mindergradigen Schwachsinn antreffen. Handelt es sich dagegen um eine langjährige Reaktion im Sinne des absterbenden Nerven so ist stets neben jenen eine hochgradige Geistesschwäche oder ein terminaler Blödsinn vorhanden. Die beiden letztgenannten Kategorien fallen unter den Begriff der atypischen Psychosen oder der psychischen Schwächezustände Arndt's, während bei seinen typischen Psychosen zwar auch die Reaktionsform des ermüdenden oder gar absterbenden Nerven eintritt, falls sie aber nicht zu lange anhält, wieder verschwinden kann. Je öfter und heftiger sie jedoch auftritt, desto

unwahrscheinlicher wird dieses Verschwinden und damit die Aussicht auf Genesung. Bei seiner Classification der Psychosen ist der Verfasser nirgends von pathologisch-anatomischen oder aetiologischen Momenten ausgegangen, und zwar mit Recht; denn von erstern wissen wir mit Bezug auf die Funktionsstörung, welche sie hervorrufen, noch zu wenig, von letzteren pflegen stets mehrere vorhanden zu sein, und man kann daher nie sagen, diese oder jene Ursache hat die alleinige Schuld, ihr gebührt daher die Ehre des Namens. Der Verf. hat vielmehr, den im Obigen entwickelten Anschauungen getreu, nur nach Symptomen klassificirt, und seine Grundansicht von den Psychosen ist die, dass dieselben Funktionsstörungen des Nervensystems darstellen. Nebenbei erwähnt er jedoch auch, dass gewisse schwerwiegende ätiologische Momente wie Alkoholintoxication, Syphilis u. s. w. dem Irresein ein bestimmtes, stets gleiches Gepräge zu verleihen vermögen. In seiner Nomenclatur ist er vielfach Kahlbaum gefolgt. Er unterscheidet z. B. eine Vesania typica, eine Vesania paralytica progressiva, eine Vesania circularis u. s. w. Seine Vesania typica kann eine completa und eine incompleta sein. Unter der completa versteht er einen Symptomencomplex bestehend aus einer initialen Melancholie, einer darauffolgenden Manie und einer secundären Melancholie, mit dem Uebergang in Genesung oder Recidiv. Die Beschreibung des Verlaufs der einzelnen Psychosen ist sehr gut. Was über die Diagnose zu sagen ist, liegt zum Theil bereits in dem oben Angeführten.

Das Capitel über die Ursachen der Psychosen ist übersichtlich und reichhaltig, besonders empfehlenswerth zu lesen ist der Abschnitt über die erbliche Diathese, das Wesen der Vererbung und die Stigmata degenerationis. Der Syphilis wird ein grosser Einfluss auf die Entstehung der allgemeinen Paralyse eingeräumt, und besonders den leichteren Graden der ersteren, die keine bemerkenswerthen secundären Erscheinungen im Gefolge hatten. In dem Kapitel über die pathologische Anatomie der Psychosen ist den Veränderungen der Gefässe und der perivasculären Lymphräume besondere Aufmerksamkeit geschenkt, auch merkt man aus dem Ganzen stets das Urtheil des Sachverständigen heraus, der das meiste selbst gesehen und untersucht hat.

Bei der Behandlung der Psychosen zeigt der Verfasser, dass er kein Anhänger jener verschwommenen und weichlichen Humanität ist, die oft um des einzelnen Individuums willen das Ganze ausser Acht lässt oder auf Kosten des individuellen Wohls des Kranken der persönlichen Eitelkeit, Pruderie und Principienreiterei fröhnt. Wir denken mit dem Verfasser, dass der Streit über die Zulässigkeit dieser oder jener Beschränkung bei der Behandlung ein Dreschen von leerem Stroh ist, wenn lokale oder individuelle Verhältnisse, dringende Gefahr für Gesundheit und Leben im bestimmten Falle die Anwendung einer körperlichen Beschränkung erheischen. Auch den Betrachtungen des Verfassers über die Freiheit des Willens, welche streng genommen kein Mensch besitzt, deren Annahme aber aus socialen und praktischen Gründen ein unbedingtes Postulat ist, und unter deren Gesichtspunkte daher auch Geisteskranke fallen müssen, — natürlich mit mildernden

Umständen — werden den Beifall eines jeden ruhig und billig denkenden Psychiaters finden. Es kann sich daher in jedem concreten Fall eines von Geisteskranken ausgeübten Vergehens oder Verbrechens nur darum handeln, nach zu weisen, ob der Inculpat zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder Störung der Geistesthätigkeit, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, d. h. ob er der Besonnenheit und Selbstbeherrschung baar war. Nicht also die Geistesstörung an sich, sondern der Grad derselben ist massgebend für unser Urtheil. Das ist der Standpunkt, welcher in foro inne zu halten ist. Natürlich werden geringere Grade von „Bewusstseinsstörung oder Störung der Geistesthätigkeit“ immer als mildernde Umstände angesehen und als solche dem Richter klar gemacht werden müssen. In Fällen der letzteren Art muss eine verminderte Zurechnungsfähigkeit angenommen werden und es ist schade, dass diese im Strafgesetzbuch noch keinen Platz gefunden hat. Dem Geiste desselben ist sie indess durchaus nicht widersprechend. — Der Frage der zweckmässigsten Beköstigung Geisteskranker hat der Verfasser mehrere Seiten gewidmet, wobei er sehr in's Detail eingeht und beachtenswerthe Winke ertheilt. — Die Reihe der Beruhigungs- und Schlafmittel, welche er anführt und je nach Umständen empfiehlt, ist gross, enthält aber nichts Neues. In manchen Fällen lassen diese Mittel seiner Ansicht nach sämmtlich im Stiche, was wir gerne unterschreiben wollen.

Die Schreibweise des Verfassers ist im Ganzen gewandt, so dass das Buch sich nicht schlecht liest; doch ist es uns aufgefallen, dass an vielen Stellen eine Construktion gebraucht wird, die wir nicht für gebräuchlich halten, und welche darin besteht, dass das Pronom als Substantiv zu weit an's Ende des Satzes gestellt wird. Zum Beweise führen wir ein Beispiel an auf Seite 588, Zeile 17 von oben. Da in der Natur der Sache es liegt“ statt: „Da es u. s. w.“ Die Ausstattung des Buches und der Druck sind gut.

Zum Schlusse wiederholen wir noch einmal was wir schon oben sagten: Das vorliegende Werk ist jedem Arzte, der sich für Psychiatrie interessirt, und besonders zum Studium der Psychiatrie warm zu empfehlen. Reinhard (Hamburg).

III. Vereinsberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Sitzung vom 15. November 1882. Originalbericht.)

654) *Encephalitis interstitialis.* Herr **Jacusiel** antwortet auf die vielfachen Angriffe (siehe vorige Nummer pg. 556) folgendes. Er erklärt: dass die beiden von ihm behandelten Kinder kräftig gebaut und gut entwickelt waren, dass namentlich bei dem 1874 beobachteten nur an *einem* Tage Brechdurchfall intercurrent auftrat. Die Fälle verdienen nach Hirschberg's eigener Statistik selten genannt zu werden, da H.

in sieben bis acht Jahren unter 21300 Augenkranken nur 32 Keratitides dupl. also 1,49 per Mille gesehen habe. Diese Fälle könnten hier nicht berücksichtigt werden, da kein einziger Sektionsbericht und nur dürftige Notizen über den Krankheitsverlauf einzelner Fälle beigebracht wären. Wenn Jastrowitz das Fett als normales Keimgewebe im kindlichen Gehirne ansähe, und dieses Gewebe mindestens bis zum 5. Lebensmonat, oft bis zum 24. Monat post partum perexistiren sah, so müsse er consequenter Weise das vorliegende Gehirnpräparat als pathologisch ansprechen. Die Friedländer'sche Behauptung sei eingestanden eine unsichere. Dagegen hätten sowohl Mendel, wie Virchow, der die Präparate mehrfach untersucht habe, den Befund mit Sicherheit als encephilitis interstitialis gedeutet. Ob die Xerosis conj. oder die Keratitis das Entscheidende seien, bleibe dahingestellt. Sicher ist, dass hier wie bei den Versuchen der Trigeminus-Durchschneidung überall Keratitis auftrat. Danach wäre an dem Bilde einer Krankheit festzuhalten, welche Kinder im ersten Lebenshalbjahre befällt, ohne Fieber verläuft, als Gehirnsymptom die Apathie der Patienten, zuweilen Anästhesien im Bereich der Trigeminus-Ausbreitung und selbst weitergehend aufweist, zur Xerosis conjunct., Keratitis duplex und in wenigen Tagen zum Tode führt. Als anatomische Ursache erscheine die encephalitis interstitialis plausibel. Jacusiel (Berlin).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk (Posen) II. Assistenzarzt, baldigst. 2000 M., freie Station. 2) Eichberg (Nassau) 3. Hilfsarzt, 900 M., fr. Station. 3) Osnabrück 2. Assistenzarzt, baldmöglichst, 900 M., fr. Station. 4) Görlitz (Priv.-Irren-Anst. des Dr. Kahlbaum) psychiatr. erfahrener Oberarzt. 5) Halle a. S. (Prov.-Irr.-Anst.) II. Volontairarzt, sofort, 1200 M. freie St. I. Classe. 6) Bunzlau (Prov.-Irren-Anstalt) Director. 4000 M., freie Wohnung, Garten etc. Meldungen an den Landeshauptmann von Schlesien, Herrn von Uthmann in Breslau. 7) Saargemünd (Lothr. Bez.-Irrenanstalt), II. Assistenzarzt sofort, 1000 M. freie Station. Französische Sprachkenntniss erforderlich. 8) Ueckermünde (pomm. Prov.-Anst.) Director. 6000 M., Dienstwohnung etc. Meldungen an den Landesdirector der Prov. Pommern, Dr. Freiherrn von der Goltz in Stettin. 9) Bernburg (Landes-Heil- und Pflege-Anstalt für Geisteskranke), Assistenzarzt, 1. Januar 1883, 1500 M., freie Station I. Classe; psychiatrische Vorbildung erforderlich. 10) Stephansfeld-Hoerdt (elsäss. Bez.-Irren-Anstalt) Assistenzarzt, 1. Jan. 1883, 900 Mark, freie Station. 11) Die Kreisphysicate Burgk (Greiz), Gnesen, Geilenkirchen, Münsterberg (Breslau), Oberbarnim, Amtssitz Freienwalde a. O. (Potsdam), Salzwedel (Magdeburg).

Ernannt. Dr. Ritter in Fulda zum Kreisphysikus daselbst. Dr. Münsch zu Bocholt zum Kreisphysikus des Kreises Borken. San.-Rath Dr. Miquel, Referent bei der Landdrostei in Osnabrück, zum Medicinalrath.

Inhalts-Verzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).





